

simțul crânzor
și arta
diagnosticului



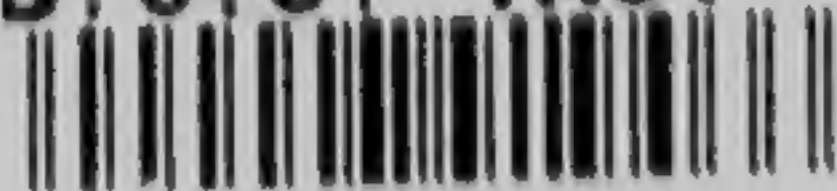
279.905

16-07
831
PIUS BRINZEU

SIMȚUL CLINIC ȘI ARTA DIAGNOSTICULUI

h2.843

B. C. U. IASI



791946

PREFAȚĂ

În literatura medicală, datorită progreselor însemnate pe care an de an le face cercetarea și datorită introducerii unor metode noi de investigație, bazate pe o aparatură complexă, de o mare tehnicitate, problemele de diagnostic clinic au suferit în ultimii ani o vădită neglijare. Se vorbește din ce în ce mai rar de simțul clinic, de arta de a stabili un diagnostic corect. Medicul practician al zilelor noastre se apleacă cu mult mai puțin asupra suferinței bolnavului și, în schimb, are la dispoziție un dosar întreg de analize, înregistrări, grafice, cifre complicate, prin care dorește să pună în evidență diagnosticul exact.

În realitate, nu rareori practicianul modern are la dispoziție, pentru a-l interoga pe bolnav, pentru a-l asculta, pentru a-l înțelege, un timp foarte limitat ; el caută în schimb să deducă diagnosticul pe alte căi, pe baza datelor pe care investigația modernă i le pune la dispoziție.

O astfel de practică în care actorul principal, bolnavul, joacă un rol uneori secundar, a dus — și aceasta este o realitate — la o dezumanizare a medicinei.

S-a afirmat uneori că în diferitele discipline medicale, numai medicina internă impune o discuție mai amplă cu bolnavul. Celelalte presupun o investigație complexă, foarte tehnică, prin care se poate deduce diagnosticul și, bineînțeles, indicația terapeutică.

Aceasta este, după opinia mea, o mare greșeală. Fiecare bolnav, indiferent de suferința pe care o are, poate să descrie ca nimeni altul sindromul pe care-l prezintă. Este suficient pentru a-l cunoaște și a-l asculta pe cel aflat în suferință. Prin cuvintele lui, prin istorisirea evoluției suferinței pe care o are, nu rareori diagnosticul se impune chiar în probleme dificile de patologie.

Cu această convingere pe care o am de mult, am deschis cu emoție manuscrisul cărții profesorului Pius Brînzeu. De la început studiul său cuprinzător și bogat în referințe — inclusiv în referințe din propria experiență a autorului — m-a captivat și m-a interesat.

Scrisă de un clinician de calitate, de un tehnician pe care cu toții îl cunoaștem și îl prețuim, studiul profesorului Brînzeu umple un gol foarte important în literatura de specialitate a medicinei românești deoarece pune la dispoziția cititorului o serie întreagă de idei, de aspecte, pe care fiecare clinician trebuie să le cunoască. Este vorba de o carte care-l cinstește deoarece ea este o carte trăită, care aduce cu sine acoperirea în aur a unei practici de lungă durată, o carte gândită ani mulți și analizată în amănunțime. În fine, o carte dovedește mai presus de orice că autorul ei s-a aplecat neostenit și fără prejudecăți asupra suferinței bolnavului, i-a înțeles preocupările și mai presus de orice, l-a ascultat cu răbdare, cu respect față de suferința acestuia, față de ființa umană.

Eseul profesorului Brînzeu este de aceea deosebit de meritoriu deoarece dovedește că practica modernă trebuie bine gândită, atent disecată în toate manifestările ei pentru a se asigura astfel o calitate a muncii pe care medicul din orice disciplină o face sau trebuie s-o facă.

De aceea, recomand cu toată căldura această carte care va putea fi citită cu mare folos de către orice medic și-l felicit călduros pe autorul ei, ce ne oferă, prin *Simțul clinic și arta diagnosticului*, un exemplu de seriozitate, de muncă inteligentă și de corectitudine în practica medicală.

Prof. dr. doc. TH. BURGHELE

INTRODUCERE

Se spune despre un medic că are **simț clinic**, despre un altul că nu are. Se consideră simțul clinic ca un **atribut care este tot atât de necesar** unui clinician, precum îi este necesar **artistului talentul**. Fără el, medicul riscă să rămână un simplu meșteșugar.

În trecutul medicinei există numeroase exemple de medici care au impresionat printr-un simț clinic, aparent cel puțin, cu totul ieșit din comun. În jurul lor s-au creat adevărate legende. Astfel și simțul clinic a ajuns să fie considerat ca ceva misterios, greu de definit și, într-o măsură tot atât de mare, greu de explicat.

Este surprinzător faptul că acest subiect nu a fost încă abordat ca un capitol de sine stătător în literatura de specialitate. În medicină s-a scris mult și despre multe, dar despre simțul clinic nu s-a scris, deși este vorba de o problemă pe care o poate trata orice clinician, bazându-se pe propria lui experiență chiar. Considerăm că este vorba de o atitudine de simplă reținere în fața unui subiect spinos, greu de abordat și de tratat. Perspectiva unei opere care se anunță de la început ca incompletă, sau imperfectă, explică aceste rezerve, chiar și acolo unde există experiență și simț clinic din plin.

Aceste rezerve nu se justifică însă deloc dacă privim toată această problemă de pe altă poziție, aceea a medicului care crește cadre. Față de tinerii care se formează pe băncile facultății sau care au pășit deja în viață, dar cu ezitățile inerente oricărui început, avem o datorie de ordin formativ. Trebuie să le arătăm cum se explică marile succese și, în același timp, unele dureroase eșecuri ale înaintașilor noștri și, făcând acest lucru, le vom dovedi că simțul clinic nu are nimic nenatural, că oricine se dedică medicinei poate să și-l însușească în gradul în care îi este necesar pentru practica de toate zilele.

În aceste condiții încercarea merită să fie făcută deoarece, în ciuda imperfecțiunii sale, ea se anunță utilă. Iar faptul că o asemenea încercare riscă să destrame puțin aureola de legendă țesută în jurul unor mari clinicieni, nu trebuie să ne facă să ezităm. Pentru noi aceștia rămân tot

atît de mari, prin sensul vieții lor, prin excepționalele lor realizări, prin toată opera lor scrisă și nescrisă.

În lucrare am legat simțul clinic de diagnostic. Am procedat astfel, deoarece am vrut să concretizăm, de la început această noțiune. Desigur, simțul clinic se poate manifesta în toate domeniile patologiei clinice. Dar manifestarea cea mai pregnantă se referă la diagnostic. De aici derivă posibilitățile noastre de a prevedea evoluția, de a face un prognostic just, de a institui o terapie corectă. Medicul cel mai bun rămîne, pînă la urmă, acela care face diagnostice mai exacte.

Dar, referindu-ne la diagnostic, am folosit termenul de artă. Am vrut prin aceasta să subliniem că asemenea operație reprezintă un act de creație, legat de persoana aceluia care îl realizează. Desigur, astăzi posibilitățile noastre de a stabili un diagnostic exact sînt mai mari decît oricînd. Examenenele clinice pot fi făcute mai temeinic, deoarece cunoștințele noastre privind patologia bolilor sînt mai bogate decît altădată, iar laboratorul ne oferă un ajutor de care nu dispuneau vechii clinicieni, sau dispuneau de el într-o măsură mult mai redusă. Cu toate acestea, chiar și în condițiile actuale de lucru, în fața aceluiași caz clinic, diagnosticul poate să difere de la un medic la altul. Acest lucru se explică prin faptul că un diagnostic rămîne numai o ipoteză, bazată pe interpretarea unor date clinice și de laborator și aici, desigur, intervine elementul personal. Doar atunci cînd va exista certitudinea în materie de diagnostic va dispărea componenta de ordin artistic. Pentru moment nici mașinile nu ne pot oferi această certitudine.

Dar, în evoluția unui medic posibilitățile de a diagnostica exact cresc pe măsură ce el acumulează experiență și își îmbogățește cunoștințele, cu alte cuvinte, pe măsură ce își dezvoltă simțul clinic, care rămîne la baza practicii medicale. Spre aceasta trebuie să tindă medicul, în tot momentul.

În prezenta lucrare ne propunem doar acest obiectiv modest de a veni în sprijinul tinerelor cadre medicale și de a le insufla dorința spre continuă perfecționare.

În fine, în această lucrare ne vom folosi de numeroase citate și voi face largi incursiuni în istoria medicinei. Citatele sînt ca și figurile într-un text; ele ilustrează ideile, fac lectura mai plăcută și îi dau mai multă claritate. Pe de altă parte, citînd pe alții, nu facem altceva decît să le expunem părerile și prin aceasta îi facem și pe ei să participe la discuție. Cît despre incursiunile în domeniul istoriei, le considerăm foarte utile pentru că trecutul permite întotdeauna o mai bună înțelegere a

prezentului. Realizările de astăzi se fundamentează pe realizările înaintașilor noștri, iar cele viitoare se profilează pe propriile noastre realizări. Și, așa cum nouă ne face plăcere să gândim că urmașii noștri vor ține seama de ceea ce spunem și facem azi, și noi trebuie să ținem seama de tot ce este bun în gândul și fapta predecessorilor noștri.

Utilizarea citatelor și a exemplelor străine nu trebuie să lipsească niciodată o lucrare de un element personal. În ce ne privește, vom căuta să dăm o notă personală acestei lucrări prin modul de a pune problemele, prin exemplele culese din propria practică de spital și, mai ales, printr-un studiu inedit privind structura și mecanismele logice ale gândirii clinice.

În ceea ce privește împărțirea lucrării, aceasta comportă șapte capitole. Primul este consacrat studiul simțului clinic. Plecându-se de la exemple practice, se arată care sînt elementele de bază în formarea simțului clinic: spirit de observație, cunoștințe teoretice și raționament.

Se definește apoi simțul clinic și se arată ce trebuie să se înțeleagă prin tact medical, prin bun simț și prin intuiție în medicină.

În capitolul al doilea studiem spiritul de observație și metoda observației în medicină. Un studiu istoric urmărește să arate cum, de la observația simplă, caracteristică medicinei empirice, sub influența lui Hipocrat, care a pus medicina pe baze științifice, a luat naștere o adevărată metodă a observației. Se arată apoi cum s-a constituit metoda anatomo-clinică și clinica propriu-zisă. Se prezintă după aceea în mod succesiv aportul metodei experimentale, a învățămîntului medical, a spitalu-



Bustul lui Hippocrat
Capitol — Roma.

lui și a laboratorului în dezvoltarea metodei observației. Capitolul se încheie cu un studiu de sinteză asupra acestei probleme.

Capitolul al treilea este dedicat importanței cunoașterii în medicină. Se face aici un studiu asupra empirismului și a dogmatismului în medicină și se insistă asupra necesității unei bune documentări teoretice a medicului.

Capitolul al patrulea urmărește să ofere un studiu adâncit asupra structurii logice a gândirii clinice și a mecanismelor intelectuale ale elaborării diagnosticului. Se arată poziția de relativă inferioritate a medicinei față de științele zise exacte în raport cu desfășurarea procesului gândirii și a concluziilor finale care au aici un caracter de certitudine, ceea ce nu este cazul în medicină. Toate enunțurile sînt imediat urmate de exemple pentru a ușura înțelegerea lucrurilor. Capitolul se încheie prin considerații asupra mecanismului elaborării diagnosticului, asupra etapelor acestei elaborări și asupra inferenței logice a gândirii: inducție, deducție, analogie. Și aici se prezintă exemple detaliate, culese din practica medicală de toate zilele.

Capitolul al cincilea se referă la regulile de ordin practic ale diagnosticului clinic care sînt enunțate, discutate și urmate de numeroase fapte. În acest capitol se vorbește, de asemenea, despre ideile preconcepute în medicină, despre îndoială și despre scepticism.

Capitolul al șaselea tratează despre elaborarea diagnosticului clinic cu ajutorul mișinilor, cu o privire asupra stadiului actual al problemei și asupra perspectivelor pătrunderii informaticii în medicină.

În al șaptelea și ultim capitol se tratează despre erorile de diagnostic și despre semnificația lor. O atenție specială acordăm modalităților de care se poate uza pentru a se preciza diagnosticul; se prezintă diferitele clasificări ale erorilor posibile și se face o analiză detaliată a cauzelor. Exemplele citate aparțin cu precădere marilor clinicieni și epocii romantice a medicinei. Obiectivul urmărit este de ordin practic, dar nu se neglijează aspectele de ordin logic și filozofic ale problemei. Acest capitol se termină prin considerații asupra semnificației și asupra aspectului moral al erorilor de diagnostic.

Acesta este planul lucrării și conținutul său. Scopul urmărit e, o repetăm, acela de a fi util tinerilor, studenți sau medici. Este un lucru care ni se pare important de subliniat. Din aceste considerente nu am dorit să încărcăm lucrarea cu trimiteri bibliografice și liste de lucrări consultate.

AUTORUL

CAPITOLUL I

JAN STEEN (1626—1679):

Consultația unei gravide
Muzeul din Praga



Ca punct de plecare considerăm că metoda cea mai potrivită este de a alege câteva cazuri de ordin practic destinate să reflecte cel mai bine ceea ce se înțelege prin simțul clinic. În acest scop, vom folosi trei exemple : unul aparținând unui vechi clinician, din perioada când se poate spune că a înflorit clinica, celălalt aparținând maestrului meu, profesorul Leriche, iar cel de-al treilea cules din practica mea personală. Am recurs la aceste exemple, deoarece din analiza lor se degajează câteva idei deosebit de importante pentru subiectul adus în discuție.

Primul aparține lui Trousseau. Marele clinician a fost chemat într-o zi de un confrate să vadă o fetiță suferind de o afecțiune renală. Trousseau a însoțit medicul de familie la domiciliul bolnavei, a intrat cu el în cameră și a exclamat imediat : „Cred că este vorba de o nefrită scarlatinoasă”. Examenul care a urmat a confirmat această afirmație și în urma tratamentului prescris mica pacientă s-a vindecat fără sechele.

Cel de-al doilea exemplu ni-l oferă René Leriche. Într-o zi, la contravizită, mai mulți din colaboratorii lui erau adunați în jurul unui copil care prezenta o tumoră abdominală. Erau de față Fontaine, Kunlin, De Bakey, Cid Dos Santos și alții mai tineri, printre care mă număram și eu. Copilul avea 6—7 ani și prezenta o tumoră relativ voluminoasă. Cei mai mulți dintre participanții la discuție erau de părere că este vorba de o tumoră renală care știm că sînt foarte frecvente la această vîrstă.

Profesorul i se referă în câteva cuvinte asupra cazului. Leriche ascultă cu atenție, după care spune foarte laconic : „Vedeți să nu fie cumva un seminom pe un testicul ectopic”. Supoziția s-a arătat a fi exactă. A fost vorba de o voluminoasă adenopatie preaortică, însoțind un seminom pe testicul ectopic. Tumora s-a topit sub influența radioterapiei, dar evoluția ulterioară a fost, din păcate, nefavorabilă.

Cel de-al treilea exemplu se referă la un caz pe care am fost rugat să îl văd într-o clinică din București, sînt aproape 20 de ani de atunci. Era vorba de o persoană mai în vîrstă, care prezenta o tromboflebită recidivantă a membrului inferior. Mi se cerea să mă pronunț asupra originii acestei trom-

boflebite, mai ales că era vorba de o persoană care slăbise mult și pe care acest diagnostic o afecta în mod deosebit. Am stat de vorbă cu bolnavul, i-am palpat cu atenție abdomenul și am comunicat apoi celor din jurul meu, ca o concluzie a examenului făcut, că, după părerea mea, este vorba de un neoplasm de coadă de pancreas. Din nefericire pentru bolnav, diagnosticul s-a adevărat exact.

Cazurile, merită să fie acum discutate pentru a se pune în evidență elementele care au permis diagnosticul în fiecare caz luat în parte.

În primul caz, diagnosticul i-a fost sugerat lui Trousseau de o observație pe care a făcut-o înainte de a intra în camera bolnavei. În curtea din fața casei, o fetiță se juca cojindu-și palmele. Astăzi orice medic știe că după scarlatină se produce o descuamație care la nivelul mâinilor este foarte caracteristică, prin faptul că se pot detașa lambouri mari de epidermă. Trousseau înregistrează acest lucru și cei câțiva pași pe care îi face până la bolnavă îi permit un raționament foarte simplu. Cele două fetițe sînt rudenii sau cel puțin prietene și s-au jucat împreună, și-a zis el. Una din ele este convalescentă după scarlatină și această boală fiind foarte contagioasă, se poate presupune că și cealaltă fetiță la care fusese chemat, a făcut tot o scarlatină. Cum, pe de altă parte, una din complicațiile frecvente după scarlatină este nefrita, Trousseau și-a permis să enunțe acest diagnostic, înainte chiar de a examina bolnava.

În cazul de mai sus au intervenit deci trei elemente care au făcut posibil diagnosticul: un element de observație clinică, un raționament și o bună documentare de specialitate. Exemplul este foarte simplu, dar el ne dă dovada că Trousseau avea spirit de observație, deoarece a prins în fugă un element pe lângă care un altul ar fi trecut fără să recepționeze nimic, că știa să gîndească logic, dovadă raționamentele care l-au dus la diagnostic și că era documentat, adică știa ce este scarlatina și care sînt complicațiile ei. În acest caz, punctul de plecare al ipotezei de diagnostic a fost un fapt de observație fortuit. El ar fi pus același diagnostic și fără să observe fetița care își jupuia palmele, deoarece ar fi cules datele nece-

sare din interogatoriu și din examenul clinic, dar în acest din urmă caz diagnosticul său nu l-ar fi lăsat mut de admirație pe tânărul său confrate.

Aceleași elemente le întâlnim și în exemplul următor. Și aici punctul de plecare al raționamentului care a dus la diagnostic a fost un simplu fapt de observație. În timp ce i se refera cazul, Leriche observa bolnavul și cugeta. Și ceea ce a scăpat celorlalți, nu i-a scăpat lui; una din burse era goală. La acest copil în decubit dorsal, cu penisul puțin dezvoltat, bursele erau accesibile privirii și, în stînga, nu se observa proeminența pe care testiculul o determina în partea opusă. Și noi ceilalți am făcut această observație, dar numai după ce Leriche ne-a pus pe calea diagnosticului.

De la această observație au urmat toate celelalte deducții care au dus la diagnostic. Știm din patologie că un testicul ectopic poate degenera. La adult, în special, pericolul este mare. De aceea majoritatea chirurgilor recomandă castrarea, întrucît coborîrea nu se mai poate face, iar pericolul de a lăsa pe loc testiculul este foarte mare.

La copil, însă, degenerescența malignă este excepțională. Totuși, ea rămîne posibilă. În această situație apar repede metastazele, sub forma unor voluminoase mase preaurice.

Astfel, în timp ce ceilalți judecau pornind de la cunoștințele lor teoretice în materie de tumori abdominale și de la unele date privind cazul adus în discuție, care s-au dovedit însă neesențiale, Leriche a pornit de la o observație de mare importanță în cazul dat. În raționamentul pe care l-a făcut, el a mers pe un drum mai scurt și mai sigur. Chiar dacă presupunem că toți cei prezenți erau la fel de documentați în această problemă Leriche este acela care a dat dovadă de un spirit de observație mai ascuțit, surprinzînd un element care l-a pus imediat pe calea diagnosticului.

Un alt aspect care merită să fie remarcat în mod deosebit, este acela că Leriche nu a formulat, în fond, un diagnostic. El s-a mulțumit să atragă atenția asupra unei posibilități „vedeți să nu fie cumva...” Aceasta sună mai mult a reco-

mandare, în vederea verificării unei ipoteze și nicidecum ca o negare a diagnosticelor puse eventual de colaboratorii săi. De aici reies delicatețea și tactul șefului de școală și, în același timp, modestia lui.

În cel de-al treilea exemplu lipsește faptul de observație clinică, care orientează imediat spre diagnostic. Acesta a fost însă posibil grație unui pur raționament, bazat el însuși pe o bună cunoaștere a problemei. Dar și aici ipoteza, bazată pe cunoaștere și gândire logică, a fost confirmată prin observație. Personal, ori de câte ori am fost chemat într-un consult, am cerut imediat unele lămuriri pentru a fi informat cât mai din timp asupra cazului. Astfel, în cazul adus în discuție, am început să meditez asupra situației patologice date, cu mult înainte de a examina bolnavul.

În acest caz era vorba de un bolnav de 65 de ani, care prezenta o „tromboză” a membrului inferior stâng, o formă mai degrabă trenantă decât recidivantă. Bolnavul era foarte afectat deoarece timpul trecea și, în loc să se facă mai bine, el continua să slăbească; și-a pierdut pofta de mâncare, iar local, nu numai că fenomenele nu prezentau tendință de retrocedare, dar cu puțin înainte de a-l vedea, s-a produs chiar o recrudescență.

În acest caz, primul lucru la care trebuia să mă gândesc, era posibilitatea apariției unei tromboflebite ca primă manifestare a unui cancer visceral. Orice tromboflebită are o cauză. Uneori, aceasta este ușor de pus în evidență: tromboflebită postoperatorie, tromboflebită postpartum, sau tromboflebită la un traumatizat, la un cardiac, în caz de infecție. Alteori, cauza este mai greu de identificat. Întotdeauna însă, mai ales dacă este vorba de o persoană în vârstă, care prezintă micile semne de impregnare neoplazică, trebuie să ne gândim la cancer. De cele mai multe ori este vorba de un cancer abdominal, organele mai frecvent interesate fiind ficatul și pancreasul. Apoi, ca frecvență, vin localizările digestive, pelviene sau cele toracice, ca de exemplu cancerul pulmonar.

Toate acestea le știam. Cunoșteam boala de care a suferit însuși Trousseau, pe care l-am citat cu puțin înainte.

Acesta, în prezența unei flegmații alba dolens, și-a pus singur diagnosticul de cancer de stomac, de pe urma căruia a și sucombat. De aceea mulți autori, în prezența unei tromboflebite simptomatice la un canceros, vorbesc de semnul lui Trousseau.

Dar, unde putea fi localizat cancerul la bolnavul pe care urma să-l examinez, în caz că exista unul ? Aici, ipotezele de formulat erau foarte puține la număr. Era vorba doar de un bolnav internat de mai multă vreme într-o clinică mare de interne, unde el a fost văzut de mai mulți medici și supus la numeroase investigații de laborator. Trebuia deci, în acest caz, să presupun o localizare greu de precizat clinic, unde explorările de laborator nu sînt hotărîtoare. Altfel, era evident că s-ar fi pus un diagnostic complet și nu ar mai fi fost nevoie să fie chemați și alții să vadă cazul.

Meditînd mai mult asupra cazului, am revenit la ideea unui neoplasm de ficat sau de pancreas. Un neoplasm de ficat poate fi multă vreme latent, dar nu este nici el chiar atît de greu de diagnosticat, dacă te gîndești la această posibilitate. Tot așa stau lucrurile și cu neoplasmul de pancreas, mai ales în localizările cefalice sau la nivelul corpului, care se manifestă clinic prin icter sau dureri de tip celiac. Neoplasmul de coadă de pancreas se manifestă mai tardiv, atunci numai cînd tumora devine accesibilă palpării.

Astfel, cînd am mers la consult, eram convins că este vorba de un neoplasm, deoarece nu puteam pune pe seama tromboflebitei tulburările de ordin general pe care le prezenta bolnavul. Rămînea numai să îl găsesc. Tromboflebita asupra căreia eram chemat să mă pronunț mă interesa mai puțin.

La examenul pe care l-am practicat am găsit o împăstare profundă în flancul stîng, sub rebordul costal. Bolnavul era slab, iar eu am palpat cu multă grijă, schimbîndu-i poziția și m-am convins că este vorba de o tumoră profund situată, care corespundea cozii pancreasului.

În acest caz punctul de plecare al diagnosticului a fost raționamentul, bazat pe o bună documentare. Elementul de observație clinică este acela care a confirmat diagnosticul. Ne regăsim deci și aici în fața acelorași elemente care stau

la baza simțului clinic: documentare teoretică, observație practică, raționament. Pe acest trepied se fundamentează diagnosticul, care constituie factorul cel mai important în practica medicală.

Dacă încercăm acum să dăm o definiție simțului clinic, acesta ne apare ca o *aptitudine a clinicianului de a evalua cât mai repede și cât mai complet o situație patologică*. Este vorba de o aptitudine care constituie una din laturile cele mai importante ale personalității medicale și care se bazează pe cele trei elemente majore menționate mai sus. Orice medic trebuie să posede simț clinic dar acesta apare în unele specialități mai necesar decât în altele. Astfel, internistul sau chirurgul se găsesc mai des în situația de a da dovadă de simț clinic, decât un medic de laborator sau un igienist. De aceea, în definiția de mai sus simțul clinic este considerat ca o aptitudine caracteristică clinicianului, adică a medicului care vine în contact nemijlocit cu bolnavul. Tot din definiție reiese că această aptitudine se referă la posibilitățile de evaluare a unei situații patologice. Prin aceasta am vrut să înțelegem că simțul clinic nu este legat numai de diagnostic. Desigur, diagnosticul constituie factorul cel mai important în practica medicală și din modul cum un medic pune diagnosticele se reflectă cel mai bine simțul său clinic. Dar, de simț clinic poate da dovadă medicul și atunci când stabilește cauza unei boli, când apreciază evoluția și prevede o complicație, când formulează prognosticul.

În fine, se poate considera că orice clinician posedă simț clinic. Altfel, el nu ar putea practica medicina. Dar un medic evaluează mai repede situația patologică în fața căreia este pus și în mod mai complet decât un altul. Cu alte cuvinte, un medic posedă mai mult simț clinic decât altul, pentru că și-a însușit mai multe cunoștințe, are mai multă experiență practică și judecă mai bine lucrurile. Trousseau a dat dovadă de mult simț clinic pentru că a pornit de la o simplă observație care l-a dus aproape instantaneu la diagnostic. Dar el a veri-

ficat acest diagnostic, practicînd în continuare un examen foarte amănunțit, astfel că nu poate fi acuzat de superficialitate.

Simțul clinic nu este deci ceva înnăscut. De acest lucru trebuie să fim astăzi convinși cu toții. Ideea aceasta o formulează foarte precis H. Roger, într-unul din cele mai clasice tratate de medicină. „Pentru a clasa și a interpreta turburările patologice nu este deloc necesar, așa cum se repetă adeseori, de un dar deosebit, de un fel de însușire divinatorie. Artă de a face un diagnostic nu este înnăscută; ea se cîștigă prin studiul teoretic al patologiei, prin examenul repetat al bolnavilor”.

Aceasta este părerea clinicianului. Să vedem acum și părerea unui om de știință în această problemă. Iată ce spune Claude Bernard: „Am auzit adeseori medici, cărora li s-a cerut explicația unui diagnostic pe care l-au pus, răspunzînd: nu știu cum recunosc un asemenea caz, dar aceasta se vede; sau dacă erau întrebați de ce administrează anumite remedii, ei răspundeau că nu ar putea explica exact, ceea ce nici nu trebuie să li se ceară, pentru că tactul lor, intuiția lor, le servesc drept ghid. Este ușor de înțeles că medicii care raționează astfel omoară știința. Dar, în afară de aceasta, nici că s-ar putea protesta cu prea multă forță împotriva unor asemenea idei, care sînt rele nu numai că înnăbușe la tineri orice germene al științei, dar mai ales pentru că favorizează lenea, ignoranța și șarlatanismul. Eu înțeleg perfect ca un medic să afirme că nu își dă întotdeauna seama, în mod rațional, de ceea ce face și admit ca el să presupună că știința medicală este cufundată în întunericul empirismului, dar ca el să pornească de aici și să își ridice tactul său medical sau intuiția la înălțimea unui criteriu pe care să pretindă apoi a-l impune, fără altă dovadă, iată ceea ce este complet antiștiințific”. Tot Claude Bernard spune următoarele: „Un practician desăvîrșit trebuie să fie nu numai foarte instruit, din punctul de vedere al științei, ci și un om cinstit, dotat cu mult spirit, cu tact și cu bun simț”.

Primul citat din cele de mai sus precizează, fără nici un echivoc poziția omului de știință în problema care ne inte-

rezează. Este profund antiștiințific să se vorbească de simț clinic ca de ceva înăscut, ca de un dar al naturii, pe care unii îl au, iar alții nu.

Cel de-al doilea citat a fost ales pentru că aici un mare clinician vorbește despre tact și despre bun simț ca despre două calități care, între altele, sînt necesare medicului dacă vrea să devină un practician desăvîrșit. Asupra acestei probleme trebuie să se insiste puțin, deoarece textele de mai sus au fost scrise demult, sînt peste 100 de ani de atunci, într-o vreme cînd conținutul semantic al acestor cuvinte nu era așa de bine precizat ca astăzi. Confuzia între aceste noțiuni este mai veche, mai ales între simțul clinic și tactul medical, ea datînd din vremea cînd clinica propriu-zisă era abia pe cale de formare. Iată de exemplu cum se exprimă Corvisard, în anul 1808: „Ce este deci această privire medicală care depășește adeseori cea mai vastă erudiție și cea mai solidă instrucție, dacă nu rezultatul exercițiului, metodic și just al simțurilor, de unde derivă ușurința în aplicare, rapiditatea în stabilirea raporturilor, vioiciunea și siguranța în judecată, astfel că toate actele par simultane, ansamblul lor fiind cuprins sub numele de tact”. Tactul de care vorbește Corvisard nu este altceva decît simțul clinic, care a existat chiar și înaintea clinicii de astăzi.

De altfel, între tact, bun simț și simț clinic se fac și în prezent confuzii. De aceea e necesar să se degaje semnificația lor exactă.

Tactul este un simț al măsurii, care ne permite să adoptăm în orice moment atitudinea cea mai potrivită privind comportarea noastră în societate. În esență, tact înseamnă atitudinea plină de grijă față de cei din jurul nostru. Tactul medical reprezintă priceperea medicului de a se comporta față de bolnavi și se bazează pe o bună cunoaștere a psihologiei omului suferind. El se învață din exemplul altora, dar, mai ales, tactul reprezintă un produs al disciplinei conștiente, ea însăși consecința unei educații temeinice, sub aspect intelectual, etic și estetic.

În aceste condiții, conținutul noțiunii apare foarte clar. Să ascultăm și părerea a doi mari clinicieni, Paul Savy și Noël Fiessinger.

„A avea tact înseamnă pentru medic a ști să țină seama de caracterul și de starea socială a bolnavului, înseamnă a asculta plîngerile sale cu bunăvoință și a-l dirija apoi cu autoritate, fără bruschețe și cu bunătate, fără slăbiciune; înseamnă a-l lămuri suficient asupra gravității stării sale, pentru a obține de la el ca să se supună regulilor prescrise, fără a înceta nici un moment a-l liniști și a-l încuraja; înseamnă ca în cursul interogatoriului și a examenului să nu îl atingem nici în susceptibilitate, nici în pudoare, nici în prejudecățile sale, fără a neglija totuși vreo chestiune, vreun mijloc de explorare de care ar depinde diagnosticul. În realitate, tactul este înăscut, el nu se poate lua de-a gata, dar el se poate dezvolta și aceasta prin educație și cultură generală”, ne spune P. Savy.

Aceste observații, foarte juste, dar care necesită un mic corectiv, le completează N. Fiessinger: „Medicul care trebuie să împingă pînă la extrem un interogatoriu, descoperă ușor că sînt întrebări care nu trebuie puse, la care el este acela care trebuie să ghicească răspunsul. Tînărul student crede de datoria lui să întrebe orice, și vrute și nevrute, fără să țină seama de reacțiile posibile. Puțină experiență îl corectează repede. Astfel se ajunge ca unele subiecte dificile pe care bolnavul le ține secrete, ca viața sa particulară, sau unele sentimente mai intime, să fie abordate printr-o muncă de circumlocuție. A descoperi, de exemplu, în unele împrejurări vîrsta unei bolnave este tot atît de greu ca și a căuta un ac într-un car de fîn”. Mai departe, Fiessinger vorbește despre depistarea sifilisului, mai ales la femeie, și despre alte informații, „care toate trebuie obținute cu tact, prin muncă de ocolire, prin perifrază, urmărind în tot momentul să menajăm bolnavul”.

Din cele de mai sus reiese că tactul este o trăsătură de caracter care nu trebuie confundată cu simțul clinic. El nu este înăscut, cum spune Savy, ci se cîștigă în familie, în școală, în societate. De tact dispune orice student, în grad variabil, desigur, înainte de a începe studiile universitare, iar tactul medical și-l însușește repede, deoarece este vorba doar de o problemă de adaptare la specificul unei anumite

munci. Simțul clinic este o aptitudine, pentru care unul poate avea mai multă înclinație decât altul, dar care se câștigă mai greu, deoarece presupune cunoștințe bogate, experiență multă și idee clară.

Bunul simț, la rîndul său, reprezintă tot o trăsătură de caracter. În punctul de vedere care ne interesează aici, bunul simț reprezintă capacitatea medicului de a se orienta în viață, în multiplele probleme pe care le ridică activitatea sa medicală, unde nu este vorba numai de patologie. Bunul simț și judecata sănătoasă reprezintă calități necesare și valabile în toate domeniile de activitate: „Fără bun simț și fără judecată, spune Morache, medicul nu va putea face operă utilă; de cele mai multe ori el va vedea greșit și va păși alături, ori, mai nenorociți decât astigmații vizuali, astigmații intelectuali nu găsesc lentile care să le corecteze turburarea de vedere. Pentru ei, studiul este aproape fără de folos, iar timpul și experiența nu fac decât să adîncească mediocritatea lor deplorabilă”.

Bunul simț reprezintă o calitate de o incomparabilă valoare pentru om. Cu el se naște omul, dar și el se dezvoltă, ne spune marele clinician Emile Sergent: „Bunul simț este un dar înăscut, dar poate fi dezvoltat. El presupune inteligență suficientă, adică o inteligență de bună calitate, care să nu inspire însă aceluia care o posedă atîta încredere în superioritatea lui, încît să nu se îndoiască niciodată de puterea lui și, socotind că ezitarea este proprie inferiorității, să își adjuce dreptul de a formula axiome, de a decreta legi și dogme intangibile. O astfel de mentalitate este în opoziție cu exigențele clinicii și incompatibilă cu simțul practic care trebuie să stea la baza ei”.

Activitatea de toate zilele, educația dezvoltă bunul simț și tactul. Chiar și inteligența care reprezintă un numitor comun, se dezvoltă și ea în activitatea practică. Ne-o spune, în spiritul vremii sale Malgaigne, care a strălucit poate cel mai mult prin inteligență: „... inteligența este un dar de la Domnul și dacă ea ar ajunge, numai lui i s-ar cuveni luade. Ceea ce aparține însă în întregime omului, pentru că el este liber, e modul cum știe să o folosească; noi știm, de altfel, că cea

mai frumoasă inteligență se epuizează și rămîne sterilă, într-o rușinoasă inacțiune, în timp ce exercițiul o fortifică, iar munca o fecundează. Adăugați deci binefacerii divine a inteligenței, o voință fermă și generoasă, o perseverență pe care nimic să nu o descurajeze, o muncă susținută, dusă cu tenacitate — labor improbus; în acest mod ajungem stăpînii destinului nostru, în acest mod se fac lucrurile mari, se formează oamenii mari".

Mai rămîne de discutat, la acest capitol, o ultimă problemă, aceea a intuiției și a simțului clinic, două noțiuni care se confundă de foarte multe ori în vorbirea de toate zilele.

Prin intuiție, în sensul la care ne referim aici, se înțelege descoperirea în mod brusc, în aparență fără nici o judecată anterioară, a unui adevăr, a unei idei, a unei soluții la o problemă oarecare. S-a spus despre intuiție că este o capacitate superioară, proprie unor anumite persoane, de a pătrunde în esența lucrurilor și a fenomenelor, fără vreo elaborare logică prealabilă. În realitate, ca și simțul clinic, nici intuiția nu are nimic mistic, nimic irațional, ea nu este decît rezultatul experienței, al cunoștințelor cîștigate, al activității anterioare a gîndirii.

În medicină intuiția permite dintr-o singură privire diagnostice subite, așa cum o să vedem în alt capitol. Ea ne permite uneori să evaluăm gravitatea unei situații patologice în clinică, sau natura unor modificări organice în cursul unei operații, cu viteza cu care un bun șahist, de exemplu, evaluează o poziție din cele mai complicate pe tabla de șah.

Din cele de mai sus reiese că intuiția și simțul clinic reprezintă două noțiuni foarte apropiate. Amîndouă sînt abstracte, au un caracter general și prezintă raporturi de concordanță. Ele coincid chiar, parțial. Noțiunea de intuiție are însă o sferă mai largă, deoarece ea cuprinde ansamblul proceselor de reflectare senzorială a obiectelor și fenomenelor realității, din toate domeniile de activitate, în timp ce simțul clinic se referă la un singur domeniu de activitate, la medicină. În schimb noțiunea de simț clinic are un conținut mai bogat. Simțul clinic cuprinde toate însușirile esențiale

pe care le posedă intuiția, adică posibilitatea de rezolvare a diagnosticului în mod subit, de înțelegere nemijlocită a situației, fără nici un raționament prealabil. În plus, însă, el cuprinde și notele esențiale ale diagnosticului clinic, unde intervine gândirea logică, unde impresionează calitatea și viteza raționamentului. Intuiția este acea *Blickdiagnose* a autorilor germani, în timp ce simțul clinic este *flaire-ul* autorilor francezi.

După autorii germani, simțul clinic se manifestă, în special, prin capacitatea medicului de a stabili diagnosticul la primul contact cu bolnavul. Iată un citat care este foarte explicit: „Arta medicului de a stabili la prima vedere un diagnostic just este adeseori privită ca etalon al cunoștințelor sale medicale. Cu cât un medic devine mai bătrîn și mai experimentat, cu atît mai des și mai sigur izbutește să extragă din „prima impresie clinică” esențialul turburărilor la omul bolnav. Diagnosticul așa numit „la prima vedere” nu se întemeiază însă numai pe ochiul medicului, care sesizează impresiile vizuale produse de bolnav, ci este rezultatul unui șir întreg de impresii produse asupra organelor senzoriale. Adeseori „un nas bun” sau un auz deosebit de sensibil vor indica medicului drumul bun mai repede decît ochiul” (Hegglin).

Autorii germani s-au ocupat mult de această problemă și E. Risak a dedicat un volum întreg ochiului clinic al medicului. El afirmă că față de internist, chirurgul este avantajat din acest punct de vedere deoarece manifestările exterioare ale bolilor chirurgicale sînt mai evidente. Oricum, vechii clinicieni uzau de toate posibilitățile pe care le oferă văzul, auzul și mirosul. Astăzi se uzează de ele într-o măsură mai mică. A rămas observația vizuală, care oferă aceleași posibilități largi ca altă dată, în afară de faptul că bolnavii nu mai sînt examinați în stadii atît de avansate de boală. Auzul, de asemenea, este folosit în mare măsură, dar participarea lui la stabilirea unui diagnostic intuitiv este foarte mică. În ceea ce privește mirosul, pe care mizau vechii clinicieni, în special cei germani, acesta nu mai prezintă decît un interes redus. Desigur, și astăzi clinicianul ține seama de mirosul de acetonă.

caracteristic unei come diabetice, de mirosul comei uremice sau de fotorul hepatic. Dar, altădată, o serie întreagă de boli cronice erau diagnosticate după miros: reumatism cronic, tuberculoză, scarlatină, variolă, difterie etc. Lui Franz Chvostek, de exemplu, i se atribuia un nas deosebit de fin pentru mirosul bolnavilor suferind de febră tifoidă. Toate acestea sînt ușor de înțeles dacă ne gîndim la promiscuitatea din spitalele de altădată, la murdăria care exista în saloane, la tot felul de mirosuri, legate de bolnavi sau de medicamente, care infectau aerul. Astăzi, însă, în condițiile de igienă a bolnavilor și de curățenie, care domnesc în spitale, valoarea semiologică a mirosului a scăzut foarte mult.

Dar a rămas intuiția și a rămas posibilitatea de a diagnostica unele boli la prima vedere. „Privirea clinică îi permite medicului versat să pună diagnosticul unor boli fără ajutorul anamnezei și fără vreun alt examen, doar pe baza aspectului exterior foarte caracteristic al bolnavului (boala Basedow, boala Parkinson)”, spune Hegglin. Pentru Sauerbruch intuiția este recepționarea senzorială a impresiei generale făcută de bolnav, la care participă subconștientul, prin cazurile acumulate anterior. Aceasta însemnează o largă participare a experienței de ordin practic, acumulată de medic, asupra căreia insistă foarte judicios Bumke.

Spre deosebire de bunul simț și de tact, ucenicul în arta medicinei nu dispune, cînd își începe studiile, de simț clinic și nu are încă posibilitatea să aprecieze unele situații pe cale intuitivă. El trebuie să se formeze, să-și însușească cunoștințele necesare, să cîștige experiență, să învețe, să judece. Dar simțul clinic trebuie să se situeze în contextul celorlalte calități care formează personalitatea medicului. Unele trăsături de caracter ca tenacitatea, perseverența și, cu deosebire, interesul pe care medicul îl acordă îngrijirii bolnavilor, contribuie la dezvoltarea simțului clinic. Acesta rămîne o aptitudine de ordin special, legată de activitatea medicală, dar și ea, ca și aptitudinile generale, este profund influențată de calitățile individului, de dragostea și de puterea lui de muncă.

Acest lucru îl exprimă foarte frumos Iacobovici și citatul său va putea servi ca încheiere la acest capitol: „Să vă pregătiți sufletul pentru tot ce este mai bun și mai frumos să căutați să vă faceți o cultură generală temeinică și să căutați apoi să vă formați spiritul, așa ca să fie analitic și sintetic, căci prin observație și experiență se poate dobîndi un nou simț: simțul clinic.”

Într-adevăr, la baza simțului clinic stă cultura medicală și judecata sănătoasă, dar acuitatea lui este direct legată de observația clinică și de experiența practică.



JAN STEEN (1626—1679):
Medicul luînd pulsul unei bolnave
Muzeul din Amsterdam.

CAPITOLUL II

GERARD DOU (1613—1675):
Bolnava de hidropizie
Muzeul Luvru



SPIRITUL DE OBSERVAȚIE
ȘI METODA OBSERVAȚIEI
ÎN MEDICINĂ

Din capitolul care precede reiese că la baza simțului clinic stă observarea bolnavului, cunoașterea medicală și gândirea logică. În cele ce urmează vom discuta problema observației, ca latură a pregătirii medicale. Pentru a sublinia, de la început, importanța observației medicale și a avea un punct de plecare pentru discuție, ne vom folosi de două citate. Primul aparține lui Lăennec, căruia îi revin merite cu totul deosebite în dezvoltarea clinicii și în fundamentarea ei pe baze anatomice. Iată ce spunea el: „Nu ajungi la un rezultat în medicină decât prin observații numeroase și destul de apropiate pentru a putea stabili ușor comparația între fapte, capabilă să le reducă la justa lor valoare și să permită găsirea adevărului în mijlocul erorilor pe care le generează în mod continuu lipsa de experiență a observatorului, aptitudinile lui inegale, iluzia simțurilor sale, ca și greutatea inerente metodei de explorare pe care o folosește”.

Celălalt citat aparține lui Trousseau, urmașul direct al lui Lăennec: „Medicina, spune el, este arta de a vindeca, ea nu este decât atât; vindecarea este scopul nostru și toate metodele pe care le folosim duc, pînă la urmă, la terapia medico-chirurgicală. Se prezintă mai multe metode, dar toate, fără excepție, în toate timpurile și în toate școlile, sînt fundamentate pe observația prealabilă a faptelor. A fost necesar să se privească, să se vadă, ori de cîte ori s-a pus problema să se cîștige o noțiune, sau să se sistematizeze cunoștințele... Astfel, orice medic, în lumea întreagă, a privit, a văzut, a comparat...”

Aceste citate ne duc înapoi, spre Sydenham, care spunea că „a judeca fără a observa însemnează a clădi în aer”. Ele ne duc spre medicina antichității care a fundamentat practica medicală pe observația bolnavului. Privind lucrurile prin prisma istorică, prima problemă care se pune pentru noi este aceea de a stabili începînd din ce moment putem vorbi de spirit de observație și cînd a fost pusă la punct metoda observației.

Din acest punct de vedere distingem trei perioade în evoluția medicinei; într-o primă perioadă empirică, nu se poate vorbi decât de spirit de observație, în a doua, medicina a fost

pusă pe baze științifice, fiind fundamentată metoda observației, iar în a treia perioadă, începută odată cu Renașterea, dar care devine evidentă abia spre sfârșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea, sub impulsul metodei anato-mo-clinice, a înflorit clinica propriu-zisă.

Dintre toate, desigur, cea mai lungă este perioada medicinei empirice. Omenirea datează de multe milenii și odată cu ea au apărut primele boli, au survenit primele răni. Astfel a apărut și medicina, bazată pe observația bolnavilor și a răniților. Se poate deci afirma că spiritul de observație a stat ca temelie primelor începuturi ale medicinei. Fără observația manifestărilor patologice sau accidentale, fără compararea lor și reținerea a ceea ce se repetă, nu s-ar fi putut constitui medicina.

Desigur, medicina comunei primitive era empirică, aservită în întregime religiei. Cei care se ocupau de tratamentul bolnavilor erau reprezentanții divinităților, preoții, vrăjitorii, magii. Boala era o pedeapsă a zeilor, bolnavul un păcătos. Pentru vindecarea lui se aduceau jertfe, se practicau descân-tece, iar pentru prevenirea bolii se fabricau talismane și amulete.

Această interpunere a unei divinități între bolnav și medic, în măsura în care se poate vorbi de medic în epoca aceea, reprezintă un element frenator în calea dezvoltării medicinei. Atâta timp cât medicul nu simțea nevoia să stea de vorbă cu bolnavul, să îl examineze, să urmărească evidențierea unei cauze a turburărilor, medicina nu putea progresa decât într-un ritm foarte lent. Cu toate acestea, foarte multe boli erau cunoscute. Unele documente de pe vremea faraonilor, cum este papirusul lui Erwin Smith, care precede cu 2 500 de ani scrierile lui Hipocrat, atestă că exista în epoca aceea o practică medicală, că medicii examinau bolnavi și le aplicau diferite tratamente. Într-unul din muzeele din Philadelphia se află prima rețetă medicală, o rețetă sumeriană, a cărei vechime este de 3 000 de ani. În codul Hammurabi, care reglementa practica medicală în Mesopotamia se arată și pedepsele ce trebuiau aplicate medicilor în caz de greșeală.

Acoste exemple, ca și multe altele care pot fi culese din medicina veche chineză sau indiană, sînt dovada unei practici medicale a cărei latură pozitivă o reprezintă tocmai observarea bolnavilor. Spiritul de observație a permis identificarea unor simptome, izolarea unor boli, verificarea unor gesturi terapeutice. Astfel observația de zi cu zi a dus la constituirea unei zestre teoretice a medicinei, foarte săracă desigur, în care cunoștințele cele mai precise se refereau la patologia externă, la traumatisme, plăgi sau infecții. Aceste cunoștințe erau transmise de la om la om, de la tată la fiu. Din nenorocire, modul de a gândi, practicile mistice, au împiedicat emanciparea medicinei.

Situația se schimbă în bine odată cu progresele pe care le face medicina antică greacă. Simbolul acesteia este Hipocrat. Vorbind despre el, ne gândim, la progresele înregistrate în aceea epocă, la toți aceia care au contribuit la mersul înainte al medicinei.

Hipocrat pornește și el de la observația bolnavilor, de la examenul lor amănunțit, dar elimină supranaturalul. El pune medicina pe baze reale, interpretează rațional fenomenele și fundamentează astfel medicina științifică, materialistă.

Hipocrat pune la punct o metodă care trebuie să stea la baza practicii medicale și care constă în mai multe operații: prima constă în recunoașterea bolilor prin simptomele pe care le prezintă; a doua, în cercetarea cauzelor; a treia, în stabilirea prognosticului; a patra, reprezintă tratamentul ce apare ca o concluzie logică a operațiilor care îl preced.

Această metodă este fundamentată pe observarea bolnavilor pe care o fructifică un raționament logic. Aici nu este deci vorba numai de spirit de observație, ci de o metodă mai complexă, asupra căreia este necesar să se insiste puțin.

Punctul ei de plecare îl constituie evaluarea precisă a elementelor prin care se manifestă boala, față de starea de sănătate. Îl exprimă Hipocrat: „A examina dintru început asemănările și deosebiriile cu starea de sănătate, și cele mai importante prin efectele lor, și cel mai ușor de recunoscut și cele pe care ni le furnizează toate mijloacele de observație; a urmări ceea ce se poate vedea, atinge, auzi; ceea ce se

poate percepe privind, atingînd, mirosind, gustînd și aplicînd inteligența; în fine, ceea ce se poate cunoaște prin toate mijloacele de cunoaștere".

Este vorba aici de folosirea observației, sub toate formele, dar și a tuturor mijloacelor de cunoaștere pe care ni le oferă rațiunea. Aceasta înseamnă că bolile nu se pot recunoaște decît prin simptomele pe care le prezintă. Trebuie să observi, să reții și să compari. Cînd Hipocrat vorbește, de exemplu, despre luxația umărului, el recomandă să se compare partea bolnavă cu partea sănătoasă. În general, el se extinde foarte mult asupra semnelor, asupra interogatoriului, dar subliniază faptul că acesta trebuie să fie urmat de examenul bolnavului. Aici el critică școala rivală din Cnidia, care se mulțumește numai cu interogatorul, nu examinează bolnavii și merge prea departe în subdivizarea bolilor.

Observarea bolnavului stă și la bază celei de-a doua operații, aceea a cercetării cauzelor. Pornind de la elementele obiective ale observației, Hipocrat arată că bolile au cauze naturale. El studiază acțiunea anotimpurilor, a vînturilor, a climatului, a solului și a apelor. El vorbește despre condițiile de viață, despre alimentație, despre surmenajul intelectual, despre excese și despre abținere, despre ereditate și despre contagiune.

Cea de-a treia operație, stabilirea prognosticului, pornește tot de la observație. Hipocrat, în opoziție cu marii clinicieni de mai tîrziu, atribuie prognosticului o importanță mult mai mare: „Cel mai bun medic mi se pare, spune el, acela care știe să cunoască dinainte... El va trata cu atît mai bine bolile cu cît va ști, pornind de la starea prezentă, să prevadă viitorul". Ceea ce înseamnă tot observație. De altfel, el precizează acest lucru: „Acela care vrea să învețe să prevadă cum trebuie, care bolnavi se vor vindeca și care vor muri, la care boala va dura mai multe sau mai puține zile, acela va trebui să judece lucrurile prin studiul semnelor și prin comparația valorii lor reciproce". Aceste semne pe care Hipocrat le descrie pe larg în tratatul asupra prognosticului, sînt luate din aspectul obrazului, din atitudinea bolnavului,

care doarme sau delirează, care suferă sau nu, din starea lui febrilă, din examenul respirației, al vărsăturilor și al sputei, al urinei și al scaunului, din examenul gâtului, al toracelui și al abdomenului.

Este deci vorba de un examen complet care întocmai ca și în operația de identificare a bolii, trebuie să întregească interogatoriul.

În fine, tratamentul se bazează și el pe observație. Medicul trebuie să urmărească boala, să intervină cât mai puțin, ca să nu facă rău bolnavului, mai ales atunci când evoluția merge spre vindecare, datorită intervenției naturii însăși.

Toate acestea arată că metoda pe care Hipocrat o introduce în medicină este o metodă complexă, în care primează observarea bolnavului.

Să vedem în ce măsură i-a fost această metodă utilă, cu alte cuvinte, să ne oprim puțin asupra unor realizări deosebite, la baza cărora stă metoda observației.

Iată un prim exemplu, sub forma unui citat cules din tratatul asupra plăgilor capului: „Cînd un medic uită să descopere și să trepaneze un caz de plagă a capului, unde acest lucru ar fi necesar, se va declara febra; plaga se va decolora, va deveni vîscoasă, va lua aparența saramurei, avînd o culoare puțin lividă. Convulsiile vor apărea în cele mai multe cazuri într-o parte a corpului; dacă plaga este în partea stîngă a capului, va fi cuprinsă de convulsii partea dreaptă a corpului; dacă plaga este în partea dreaptă, convulsiile vor fi în stînga corpului. Unii vor cădea într-o stare de apoplexie. Astfel moartea va surveni înainte de 7 zile vara, sau înainte de 14 zile iarna”.

Citatul de mai sus este impresionant prin precizia descrierii și prin exactitatea indicației operatorii. Tot atît de frumos este și următorul citat din micul tratat asupra vederii. „Dacă cineva, ai cărui ochi sînt de aspect normal, își pierde vederea, el trebuie vindecat incizînd în vîrfurile capului, rugînd osul, trepanînd și lăsînd să iasă hidropizia și astfel ochii vor redeveni normali”.

Fraza ilustrează în mod clar o tehnică terapeutică, din cele mai moderne — trepanația decompresivă, în sindromul de

hipertensiune intra-craniană însoțită de amauroză. Și astăzi, în unele cazuri de tumori intra-craniene inoperabile, se practică această intervenție paliativă care duce la recuperarea, temporară desigur, a vederii bolnavului.

Hipocrat descrie și paraplegia pe care o observă în unele cazuri de compresiune medulară prin abces rece și în fracturile complicate ale coloanei vertebrale. „La acești răniți, spune Hipocrat, urina și scaunele dispar adeseori, picioarele și membrele inferioare, în întregime, sînt mai reci, lovite de neputință și de stupoare. În cazul cînd sediul este mai apropiat de părțile superioare, neputința și stupoarea ocupă tot corpul”.

În tratatul asupra fracturilor și luxațiilor Hipocrat vorbește între multe altele, despre metoda extensiei care se folosește încă și astăzi în reducerea fracturilor de femur. Iată ce spune el, cu o amară ironie, la adresa medicilor care nu tratează corect aceste cazuri: „Punctul capital în extensie este ca aceasta să nu fie insuficientă . . . , pentru că este foarte rușinos și e păcat ca să rămînă coapsa prea scurtă. Scurtarea membrului inferior îl face pe om să șchiopăteze, astfel că ar fi mai avantajos pentru acela care urmează să fie tratat incorect să aibă amîndouă picioarele rupte, decît unul singur, pentru că astfel și-ar păstra echilibrul”.

Exemple de observație corectă, care ilustrează gradul avansat al medicinei hipocratice, se pot da și din patologia internă. Hipocrat descrie precis febrele malarice, oreionul cu manifestările parotidiene și complicațiile testiculare, descrie dizenteria și holera, anginele și gripa, icterele și epilepsia. El descrie și supurațiile pleuro-pulmonare, dar confundă pleurezia cu peripneumonia. În schimb, este impresionant de precis în redarea clinică a empiemului, a semnelor generale de supurație, care permit diagnosticul de supurație pulmonară și a complicațiilor acestora, ca unghiile hipocratice și vomica. El identifică chistul hidatic pulmonar și face analogia cu tumorile lichidiene de acest gen, care se observă la bou, cîine și porc.

Pentru a pune diagnosticul unei afecțiuni pleuro-pulmonare Hipocrat a completat observația simplă cu mijloace speciale de investigație. El ascultă toracele, reține frecăturile

pleurale, comparându-le pielea nouă care se frînge. Pentru a identifica lichidul în pleură, el descrie o manevră cunoscută încă și astăzi sub numele de *sucusiune hipocratică*: pacientul este așezat pe un scaun bun, apoi un ajutor îl scutură, ținându-l de umăr, în timp ce medicul ascultă să vadă în ce parte a toracelui se produce zgomotul pe care îl compară cu sunetul pe care îl produce lichidul într-o oală scuturată.

În fine, merită să fie reținută descrierea trăsăturilor obrazului în unele afecțiuni grave, cum ar fi peritonitele, pe care el le grupează într-un tablou, cunoscut astăzi sub numele de *facies hipocratic*, a cărui importanță prognostică este de netăgăduit.

Avîntul pe care îl ia medicina hipocratică cu aproape patru secole înaintea erei noastre, a continuat în veacurile următoare. Observarea bolnavului este în onoare la școala din Alexandria, unde se practică și disecții, ceea ce dă un impuls deosebit anatomiei. În ceea ce privește clinica, Herophil și Erasistrat studiază pulsul, a cărui importanță clinică a neglijat-o Hipocrat. Ei arată varietățile lui, apreciază forța bătăii, viteza, caracterul bondisant sau nu, aducînd prin aceasta o importantă contribuție la semiologia bolilor.

Din acest punct de vedere putem cita două diagnostice celebre, unul aparținînd lui Hipocrat, celălalt lui Erasistrat, interesante pentru că s-a ajuns la clarificarea cazurilor pe două căi diferite. Hipocrat a fost chemat la Perdicas al II-lea, regele Macedoniei, care era îngrijit de mai multă vreme, dar fără succes, deoarece nu i se găsea cauza bolii. Chiar și cei mai cunoscuți medici, aparținînd școlii din Cnidia, eșuaseră. Hipocrat îl studiază pe îndelete și își dă seama că nu este vorba de ceva organic. El îl observă în continuare, în diferite situații și stabilește pînă la urmă că este îndrăgostit de Phila, una din favoritele tatălui său. O dată cauza aflată, vindecarea a fost obținută în mod foarte simplu.

Erasistrat la rîndul său, dar ceva mai tîrziu, vindecă în mod miraculos pe Antiochus, fiul regelui Seleucos, care și el era îngrijit pentru o boală foarte misterioasă. Diagnosticul a fost pus mai repede și mai simplu de Erasistrat care a constatat o impresionantă accelerare a bătăilor pulsului la apariția Stratonei, cea de-a doua soție a tatălui său.

Aceste observații reprezintă documente clinice de valoare, dar sînt interesante și prin faptul că ilustrează moravurile din vremea aceea.

Tot în această epocă se descrie diabetul, ascita, arătîndu-se că în acest caz ficatul este mic și dur.

Sub influența lui Hipocrat se situează și cunoscutul medic roman Celsus care, în secolul I al erei noastre, descrie poliomielita, elefantiaza, inflamația. Denumirile pe care le folosim astăzi de tumor, rubor, dolor, calor, îi aparțin lui. Pe el îl interesează mult latura practică a medicinei, contribuie la terapeutică medicamentoasă, în special prin extrase de plante, descrie numeroase operații, ca operația de cataractă, de hernie, de varice.

În secolul următor, medicina face un pas mare înainte cu Galenus, care a fost un mare practician și a lăsat o imensă operă scrisă. În primul rînd, este cazul să se remarce contribuțiile aduse de el în domeniul anatomiei, mai ales în osteologie, artrologie, miologie și angiologie. Au rămas foarte multe descrieri exacte privind diferitele regiuni anatomice și organele pe care le conțin, încît ne este greu chiar ca să le menținem. În al doilea rînd, trebuie remarcat faptul că Galenus este fondatorul medicinei experimentale; el a practicat secțiuni nervoase, secțiuni ale măduvei la diferite nivele, experiențe pe vase, descriind rezultatele cu o rară precizie. În ceea ce privește recunoașterea bolilor, Galenus reia studiul pulsului și al diabetului, descrie ozena, tumorile benigne și maligne, arătînd incurabilitatea cancerului de uter și altele. El urmărește depistarea bolii prin identificarea și gruparea semnelor clinice, caută apoi să precizeze sediul lor, raportîndu-se la diferitele organe și numai după aceea trece la depistarea semnelor. Dar Galenus se pierde prea mult în teorie.

Odată cu el se poate face și o evaluare globală a medicinei greco-romane, sub aspectele ei pozitive, pe care le-am văzut deja și a aspectelor negative, care și ele merită să fie relevate.

Hipocrat și urmașii săi au fundamentat medicina, așa cum am văzut, pe observarea bolnavului și pe interpretarea rațională a manifestărilor bolii. Astfel, a luat naștere medicina

științifică, materialistă în esența ei. Aceasta a rămas însă o medicină de suprafață și lucrul trebuie subliniat. Existau cunoștințe precise în ceea ce privește patologia externă. De asemenea, au fost notate cu precizie unele manifestări externe ale bolilor interne. În rest, persistau lacune mari în cunoașterea bolilor și în unele domenii ale patologiei confuzia era totală.

Dar medicii greco-romani nu s-au mulțumit cu descrierea simptomelor și cu izolarea bolilor. Ei au căutat să explice natura turburărilor, au formulat teorii patogenice, au căutat să interpreteze starea de boală. Astfel, ei au ajuns să emită ipoteze explicative care astăzi ni se par puerile.

În această privință trebuie să se facă o deosebire între Hipocrat și Galenus, care rămân cei doi mari corifei ai medicinei antice. Hipocrat a observat foarte mult și a scris mult. Colecția hipocratică numără 65 de volume. În opera lui primează însă elementele de observație; de aceea de la el s-a păstrat mai mult. Ne-a rămas o metodă, valabilă și astăzi și o multitudine de fapte de observație clinică. A rămas, și aici stă meritul său suprem, orientarea pe care el a dat-o medicinei.

Ce a rămas din teoriile lui asupra bolii? El susținea că omul este constituit din patru umori: sângele, cu sediul în inimă, bila albă, cu sediul în ficat, bila neagră, cu sediul în splină și pituita sau flegma, cu sediul în creier. Acestor patru umori cardinale corespund patru calități: sec, cald, rece și umed. Echilibrul umorilor, adică starea lor de crasă, asigură sănătatea. Dezechilibrul, este starea de boală, sau discrazia.

Ce a rămas din doctrina lui privind coacștiunea umorilor și evoluția spre moarte, sau evoluția spre criză și vindecare? Ce a rămas din unele considerații privind influența climatului, a regimurilor, asupra sănătății și asupra bolii?

Nimic, sau vagi amintiri!

Galenus a scris și el foarte mult, aproape 80 de lucrări. În opera lui însă proporția interpretărilor, a teoriilor explicative, este mai mare. După el, viața se datorește unui suflu vital, sau pneuma care pătrunde în organism prin plămîni și prin porii pielii și care se divide în trei forțe: pneuma sau

suflul animal, care asigură căldura și care se răspîndește în corp prin inimă și artere, pneuma sau suflul fizic, care asigură viața vegetativă, își are sediul în ficat și circulă prin vene și pneuma sau suflul psihic, care asigură sensibilitatea și mișcările, cu sediul în creier și care se răspîndește în organism pe calea nervilor. Acțiunea acestor forțe se conjugă cu acțiunea umorilor și determină starea de boală sau de sănătate. Explicațiile sînt însă mult mai complexe, fanteziste, discuțiile nu se mai sfîrșesc, astfel că încercările lui de a armoniza totul într-un sistem destinat să explice geneza bolilor ne apare astăzi ca cea mai pură expresie a teoretizării extreme, a dogmatismului în medicină.

Din păcate, opera lui Galenus a fost considerată, timp de aproape patrusprezece secole, ca reprezentînd adevărul în medicină. Dacă Galenus a spus, de exemplu, că plăgile se vindecă prin supurație, urmașii lui au provocat această supurație în mod artificial, prin cauterizări sau aplicații de lichide fierbinți. Dacă Galenus a decretat că există 38 de feluri de puls, urmașii lui au acceptat acest lucru ca literă de lege. Ruptura dintre practică și teorie, care a început odată cu el, s-a agravat ulterior și a culminat, în medicina Evului Mediu, îmbîcsită de dogme, superstiții și prejudecăți. Metoda observației, pusă la punct de Hipocrat, a fost complet uitată. Chiar și din opera lui Galenus, care prezintă atîtea laturi pozitive, nu a rămas decît dogmatismul și spiritul de sistem.

Odată cu Renașterea se produce o puternică reacție, al cărei port-stindard este Paracelsus. Chemat să facă cursuri la Basel, în 1526, el dă foc în piața publică operelor lui Galenus. Paracelsus se ridică cu vehemență împotriva practicilor medievale, în general, cum sînt arderile pe rug, împotriva spiritului scolastic și a dogmelor. El preconizează o medicină la patul bolnavului, bazată pe experiență și pe rațiune.

În Renaștere, dezvoltarea forțelor de producție duce la dezvoltarea științelor și alături de ele, face progrese și medicina. Vesalius reformează anatomia, Harvey clarifică pe deplin circulația sanguină. Hipocrat este reconsiderat și se revine la o medicină bazată în primul rînd pe observarea bolnavului. Exponentul acestei medicine este Ambroise Paré,

părintele chirurgiei, care își începe activitatea ca ucenic de barbier, își desăvârșește formația medicală în mijlocul bolnavilor din spitale și a răniților din campaniile militare pe care le însoțește. Toată opera lui se bazează pe practică și observație, iar rezultatele le comunică în numeroase lucrări, scrise în limba franceză, pe care o înțeleg toți cei din jurul său. El acordă îngrijiri tuturor suferinzilor, și celor mici și celor mari, reformează tratamentul plăgilor, perfecționează metodele operatorii, inventează noi instrumente chirurgicale, realizează proteze pentru amputați și pentru cei mutilați. Opera lui este excepțională, atât prin realizările și orientarea pe care o dă medicinei, cât și prin suflul cald de umanism care se degajă din toată activitatea lui. Iată un exemplu din care reiese spiritul său novator, cât și dragostea sa față de suferinzi.

În vremea aceea se considera că evoluția rănilor prin armă de foc era mai gravă decât a plăgilor prin armă albă, deoarece primele erau socotite ca fiind otrăvite. De aceea, orice plagă prin glonte era cauterizată cu fierul roșu, după care se aplica oleu fierbinte, pentru a produce supurația și a favoriza în acest mod eliminarea presupusei otrăvi. În campanii, lângă cortul chirurgului, ardea permanent un foc mare la care se încălzeau instrumentele pentru cauterizare. Deasupra se găsea un cazan în care fierbea uleiul de soc. Acesta se turna cu o pâlnie în plagă.

Mișcat de suferințele răniților, A. Paré caută și găsește un tratament mai eficace. El renunță la cauterizare și recomandă tratarea plăgii cu un amestec rece de oleu de terebentină, cu oleu de trandafir și cu gălbenuș de ou, rupînd astfel cu tot ce se făcea pînă atunci. Iată cum povestește el emoțiile prin care a trecut: „Noaptea nu am putut să mă odihnesc, de teamă să nu găsesc morți prin otrăvire răniții pe care nu i-am cauterizat și cărora nu le-am pus oleu fierbinte și de aceea, dis de dimineață, m-am dus să-i vizitez; mai mult decât speranța mea, i-am găsit pe aceia cărora le-am pus din oleul meu simțind puține dureri și plăgile lor fără inflamație și fără tumori și chiar s-au odihnit bine noaptea; alții cărora li s-a aplicat oleu fierbinte, i-am găsit febricitînd, cu dureri

mari și tumori în vecinătatea plăgilor. Atunci, ad-hoc, mă hotărîi ca niciodată să nu mai ard cu atîta cruzime sărmanii răniți de archebuză".

Revenirea la o practică medicală bazată pe examenul bolnavului și pe interpretarea rațională a semnelor, ilustrată de Paracelsus, Ambroise Paré, Sydenham și alții din urmașii lor, permit medicinei să facă progrese și creează premisele dezvoltării clinicii propriu-zise. Aici este util să se arate condițiile care au permis această dezvoltare, care a dus la medicina clinică așa cum se practică astăzi.

Mai întîi, a făcut progrese cunoașterea medicală și, ca urmare, s-a îmbogățit și metoda observației cu noi semne și cu noi mijloace clinice de investigație.

În vremea grecilor, identificarea bolilor se baza în cea mai mare măsură pe interogatoriu. La acesta se limita școala din Cnidia. Școala din Cos, al cărei exponent era Hipocrat, practica și examenul bolnavului. Cele mai multe posibilități le oferea inspecția: aspectul bolnavului și, cu deosebire fațesul, respirația, starea febrilă sau lipsa febrei, permiteau concluzii din cele mai importante asupra bolii. Dar Hipocrat examina și urina, scaunul, tot cu ajutorul văzului și, așa cum am văzut, a făcut primele încercări de a asculta toracele. Grecii din Alexandria au studiat starea pulsului și acest studiu a fost îmbogățit, și în același timp complicat, de către Galenus.

Vechii autori apreciau pulsul și temperatura cu mîna. Primul care a avut ideea ca să se servească de un fel de orologiu pentru a număra pulsul a fost un medic italian, profesor la Padova, cunoscut sub numele de Sanctorius (1561—1636). El a denumit acest aparat „pulsilogium”. Tot el a încercat să folosească un fel de termometru, dar aceste instrumente au fost repede uitate în Italia.

În acea epocă, un medic francez, Jean Rey, care lucra la țară, încearcă și el să pună pe baze obiective măsurarea temperaturii uzînd de fenomenul de dilatare a apei sub influența căldurii. El folosea o mică fiolă, cu un gît foarte subțire, pe care o puneă în mîna febricitantului. Fiolă era umplută cu apă pînă la gît. Sub influența căldurii se deplasa nivelul apei în gîtul fiolei.

Metoda folosită de Rey pentru prima dată în 1632 nu s-a impus în practică din cauza confuziei ce exista în materie de febre. Buissier de Sauvage, de exemplu, considera în 1773 că există 155 specii de febră. De altfel, practica termometriei nu s-a generalizat decât în prima jumătate a secolului al XIX-lea, când bolile au ajuns să fie mai bine cunoscute. Termometrul cu mercur pe care îl folosim astăzi a fost pus la punct pe la mijlocul secolului trecut de către Traube și Wunderlich, care au publicat și primele curbe febrile.

Metoda observației se baza în special pe simțurile medicului. Analiza de urină se făcea și ea prin simplă inspecție vizuală. I se spunea, de altfel, uroscopie. Primul care a încercat analiza ei chimică a fost Paracelsus, contemporan al alchimistilor. El distilează urina, cântărește reziduul și caută să tragă unele concluzii, dar acestea sînt eronate din cauza ignoranței care domnea pe atunci în patologie. Diabetul, de exemplu, era cunoscut din antichitate, dar prezența glucozei în urină nu a fost descoperită decât în anul 1674, de către Thomas Willis, care a gustat urina. În acest mod au procedat în continuare și urmașii săi. Au trecut peste 100 de ani pînă cînd a fost pusă la punct de către Cool și Robson reacția de laborator care permitea evidențierea zahărului în urină.

Dezvoltarea insuficientă a patologiei și necunoașterea leziunilor organice corespunzînd diferitelor boli, explică de ce nu s-a impus nici ascultarea toracelui de care a încercat să se folosească însuși Hipocrat. Tot din această cauză nu s-a impus imediat nici percuția, preconizată pentru prima dată de către Avenbrügger, în 1761. Acest medic a plecat de la o experiență foarte simplă: percuția unui butoi ne arată nivelul pînă unde urcă lichidul. Avenbrügger spune textual: „Dacă într-un corp oarecare cavitatea sonoră a toracelui este umplută cu un lichid, cu ajutorul unei injecții, atunci sunetul de partea umplută va deveni obscur pînă la nivelul la care ajunge lichidul injectat”. Această observație este justă, dar matitatea poate fi dată de o tumoră pulmonară, solidă sau lichidă și de variate procese de condensare pulmonară, acute și cronice. Cum puteau fi deosebite acestea cînd nici nu erau cunoscute?

Primele lucrări de anatomie patologică apar încă în secolul al XVII-lea, dar fondatorul acestei științe este considerat Morgagni, care în decurs de doi ani, între 1760 și 1762, la o vîrstă de aproape 80 de ani, își publică faimoasele sale scrisori „De sedibus et causis morborum”. El caută să impună această metodă și luptă împotriva detractorilor ei. „Din ce școală sînt deci aceștia și din ce specie de oameni face parte acest număr mic de medici care anunță cu voce tare că nu trebuie avut mare încredere în disecția cadavrelor”, se întreabă el. Și tot el răspunde: „Aceștia sînt semi-savanți, foarte presumțioși, cîțiva leneși, oameni delicați, sceptici, de la care nu mai poți spera nimic; poate sînt unii care nutresc această părere de teamă ca nu cumva prin acest mijloc să se descopere erorile lor în diagnosticarea bolilor”.

Morgagni, un anatomo-clinician, fundamentează anatomia patologică pornind de la observația clinică. El arată că acela care vrea să distingă patologicul de sănătos, trebuie să disece multe cadavre normale și să cunoască bine leziunile care se produc după moarte prin descompunere. De asemenea el arată că trebuie deosebite leziunile care au cauzat boala, de cele care sînt consecința ei: „Ceea ce însoțește boala, sînt simptomele și dacă se examinează cu atenție natura lor, succesiunea lor, durata lor și dacă sînt comparate cu leziunile observate pe cadavru și cu antecedentele bolnavului, nu va fi greu, de cele mai multe ori, să se distingă leziunile care au cauzat boala, de acelea care sînt consecința ei”.

Astfel ia naștere metoda anatomo-clinică pe care o dezvoltă Bichat, Lăennec, Buillaud și alții. Aceștia pornesc de la constatările anatomice pentru a îmbogăți clinica.

Dintr-o dată patologia se clarifică și metoda observației ajunge să dispună de o bază mult mai largă. Se descoperă simptome noi, iar cele vechi sînt mai corect interpretate, deoarece se știe acum care sînt organele afectate și se cunosc leziunile pe care le produce boala. De asemenea pot fi fructificate acum unele metode de investigație clinică. Corvisard reia în 1808 percuția pe bazele pe care i le oferă anatomia patologică și metoda se impune repede. Iar Lăennec, în tra-

latul asupra auscultației medicale, pe care îl publică în 1819, pune la îndemîna medicilor o metodă care a rămas ca una din cele mai prețioase achiziții ale medicinei.

În acest mod s-a constituit clinica propriu-zisă. La baza ei rămîne metoda observației, dar o metodă mult îmbogățită și mult mai sigură.

După etapa anatomică a urmat o alta, care și ea a îmbogățit clinica, etapa fiziologică și experimentală, căreia i-a dat un impuls deosebit Claude Bernard. „Medicina experimentală, spune el, este ceea ce aș putea numi a doua perioadă a medicinei științifice, prima fiind medicina de observație. Deci prima condiție de a face medicină experimentală este de a fi mai întîi medic observator; aceasta însemnează a pleca de la observația pură și simplă a bolnavilor, făcută cît se poate de complet... Dacă nu fac medicină clinică eu trebuie să țin totuși seama de ea și să îi rezerv primul loc în medicina experimentală”. În fine, el spune: „Metoda experimentală, considerată în ea însăși, nu este altceva decît un raționament, cu ajutorul căruia noi supunem în mod metodic ideile noastre experienței faptelor”.

Cum vede această problemă clinicianul? Iată, de exemplu, ce spune Emile Sergent: „Medicina experimentală caută în controlul faptelor exactitatea raționamentului, în timp ce clinica interpretează rațional faptele pe care hazardul le supune observației sale și pe care experiența repetată și controlată le arată exacte sau eronate... Astfel se diferențiază și se completează, într-o colaborare care nu poate fi decît din ce în ce mai strînsă și mai fructuoasă, clinica pe de o parte, fiziologia și patologia experimentală pe de altă parte. Clinica nu își delimitează cîmpul investigațiilor. Ea este supusă hazardului și face observații pasive. Fiziologia și patologia experimentală pot comanda direcția cercetărilor, ele fac experimentare activă”. Mai departe, Sergent evaluează paralel și caută să apropie aceste două metode de investigație: „... Experiența spontană, este cîmpul de observație al clinicii, experiența provocată este din domeniul fiziologiei și al patologiei experimentale. Clinicianul este un observator, fiziologul un experimentator. Dar și unul și altul sînt strîns

uniți și cu cât avansăm, cu atât putem constata că ei sînt adeseori personificați prin același om. Pentru că, efectiv, observația clinică poate face să se nască ideea cercetării experimentale, după cum rezultatele experienței pot sugera aplicațiile clinice".

La aceleași concluzii ajunge și Iuliu Hașeganu, pornind însă de pe alte poziții: „În concepția clinică de azi observația nu are o orientare empirică, ci științifică. Ea presupune cunoștințe precise și complete de fiziologie, fiziopatologie și o teorie de bază a gândirii medicale, o concepție asupra bolii și a cauzelor complexe ale turburărilor funcționale și morfologice. Prin urmare, pentru ca observația să fie științifică e necesară posesiunea unor cunoștințe aprofundate de fiziologie și fiziopatologie. Am putea spune că observația și cunoștințele de fiziopatologie merg paralele în clinică. Mai întâi studiu, deci cunoștințe, apoi observație de pe poziții științifice și numai apoi experimentare".

La dezvoltarea clinicii au mai contribuit două lucruri care se cer menționate: posibilitățile de observație pe care le-a oferit concentrarea bolnavilor în spitale și faptul că acești bolnavi au putut fi studiați în vederea învățămîntului medical. Au fost împlinite însă și unele greutăți în acest domeniu.

Spitalele au fost înființate odată cu leprozeriile, cu azilurile de bătrîni și aparțineau asistenței publice. Primele spitale care să merite acest nume, datează de pe vremea lui Justinian și medicii arabi încearcă pentru prima dată să le folosească pentru învățămîntul medical.

În Evul Mediu nu existau decît puține spitale, în care domnea mizeria. Nu ajung în spitale decît nenorociții care sînt adunați de pe drumuri și care nu au familie. În spitale domnește infecția și ia naștere o patologie specială, de natură infecțioasă, culminînd prin putreziciunea de spital. Astfel, toate bolile interne sau externe, dar mai ales acelea unde există o poartă de intrare, se infectează, își modifică simptomatologia și ajung în același mod la deces.

Spitalele apar astfel ca un teren artificial unde boala o dată pătrunsă își pierde identitatea. Tenon, de exemplu, vorbește despre febra închisorilor și a spitalelor, caracterizată

prin astenie musculară, limbă uscată, saburală, facies de plumb, piele lipicioasă, turburări digestive, urine deschise, opresiunea căilor respiratorii și moarte din ziua a 8-a pînă în a 11-a, cel mai tîrziu a 13-a. În amestecul dezordonat al bolnavilor, natura bolii nu mai poate fi descifrată. Atunci, se întreabă Percival: „Cum să corectezi efluviul malign care se degajă din tot corpul bolnavului, din membrele gangrenate, din oasele cariate, din ulcerele contagioase, din febrele putride”? A descifra mersul bolilor devine imposibil, iar medicului de spital îi revine o sarcină foarte grea, spune Dupont de Nemours: „...pentru a scăpa de pericolul falsei experiențe care rezultă din bolile artificiale pe care trebuie să le îngrijească în spitale, căci, efectiv, nici o boală de spital nu este pură”.

În aceste condiții înțelegem perfect lozinca lui Barère care, în 22 floreal, anul II al revoluției franceze, proclamă: „Nu mai vrem nici pomeni, nici spitale”.

Dar spitalele s-au dovedit totuși necesare. Ele se reorganizează, se despart de azile și marii clinicieni de la începutul secolului al XIX-lea dispun din belșug de materia primă pe care o oferă pentru studiul bolilor așezămintele spitalești. Rămîn însă cîteva interdicții de ordin moral peste care trebuie să se treacă. Cum să dezbraci bolnavii pentru a-i examina, mai ales femeile, cum să pui obrazul pe pieptul lor, pentru a le asculta inima? Zimmermann, în 1774, în dorința de a obține precizări asupra circulației sanguine postulează „ca medicii să aibă libertatea de a face observații în această direcție, punînd mîna direct pe inimă”, dar adaugă tot el, „obiceiurile noastre delicate împiedică acest lucru, mai ales la femei”. Double, în 1811, critică această atitudine reținută, dar manifestă și el rezerve: „Această explorare, dacă se practică peste cămașă, poate avea loc cu toată decența posibilă”. Dar, nu numai pudoarea împiedică aceste explorări, ci și murdăria, mizeria bolnavilor din spitale. În fine, pe lîngă toate acestea, menționează Lăennec, mai sînt și dizgrațiile fizice. Astfel, vorbind despre ascultație, el spune: „Aceasta este incomodă pentru medic, ca și pentru bolnav; numai dezgustul o face aproape impracticabilă în spitale,

apoi ea abia poate fi propusă la cele mai multe femei, iar la unele chiar și volumul mamelelor constituie un obstacol fizic în folosirea ei". Acestea sînt condițiile care l-au dus, de altfel, pe Lăennec la descoperirea stetoscopului. Iată ce povestește el: „Am fost consultat în 1816 de către o tînră persoană care prezenta simptomele unei boli cardiace și la care aplicarea mîinilor și percuția nu dădeau decît puține indicații din cauza obezității. Vîrsta și sexul bolnavei interzicîndu-mi modul de examinare despre care am vorbit, adică aplicarea urechii pe regiunea precordială, mi-am amintit de un fenomen de acustică foarte cunoscut: dacă se aplică urechea la extremitatea unei scînduri se aude foarte distinct o zgîrietură făcută cu un ac de gămălie la celălalt capăt. Am luat un caiet de hîrtie, din care am format un sul bine strîns, am aplicat una din extremitățile lui pe regiunea precordială și punînd urechea pe cealaltă extremitate, am fost surprins să constat că aud bătăile inimii de o manieră mult mai netă și mai distinctă, decît am auzit vreodată prin aplicarea urechii... Am presupus din acest moment că acest mijloc ar putea deveni o metodă utilă și aplicabilă, nu numai studiului bătăilor inimii, ci și mișcărilor care pot produce zgomote în cavitatea toracică și, în consecință, explorării respirației, a vocii, a ralului".

Trecerea peste restricțiile impuse de falsa pudoare caracteristică acestor vremuri, folosirea noilor mijloace de investigație, atît în practica particulară, cît și în activitatea spitalicească, totul fundamentat pe noile baze oferite de metoda anatomo-clinică au dus la înflorirea clinicii. La aceasta a mai contribuit și dezvoltarea învățămîntului medical, foarte instructiv din toate punctele de vedere.

Multă vreme învățămîntul medical se făcea de la maestru la elev, în prezența bolnavului. Elevii își însoțeau maestrul peste tot, locuiau chiar cu el, în unele cazuri. Această situație este caracteristică pentru medicina antică, pentru Hipocrat, în special.

După înființarea spitalelor, încă în imperiul roman de răsărit, s-au făcut încercări de organizare a învățămîntului medical. Spitalele nu au corespuns însă acestui scop deoa-

rece în ele se acorda mai mult asistență publică decât se făcea medicină. Astfel, învățământul a ajuns să se desfășoare numai în facultăți și era axat mai mult pe teorie.

Prima școală clinică a fost deschisă în 1658 la spitalul din Leyden, de către La Boe care publică în 1667 observațiile recoltate aici sub titlul de Collegium Nosocomium. Unul din urmașii săi este Boerhaave, care conduce această clinică și devine șef de școală. Elevii săi se împrăstie în Europa, înființează în 1720 o clinică la Edinburgh. Alte clinici iau naștere la Londra, la Oxford, la Viena, la Göttingen, la Paris, la Padova. Astfel se constituie în secolul al XVIII-lea învățământul clinic, care funcționează paralel cu învățământul medical. Încetul cu încetul spitalele din centrele universitare devin clinici, se formează catedre clinice, pe lângă care se dezvoltă învățământul la patul bolnavului.

De la început învățământul clinic și-a arătat superioritatea asupra învățământului pur teoretic. Aici trebuie să distingem instrucția medicală la patul bolnavului și prezentările de cazuri clinice în amfiteatru. Acestea din urmă era foarte instructive și foarte gustate de elevi, care le urmăreau în număr mare.

În ce mod decurgeau aceste lecții clinice? Iată cum descrie M. A. Petit lecțiile pe care Dessault, cunoscutul chirurg, le dădea în 1781, la spitalul Hotel Dieu din Paris: „Sub ochii auditorilor el lăsa să fie aduși bolnavi din cei mai gravi, analiza simptomele și clasa boala, trasa conduita de urmat, practica operațiile necesare, explica procedeele și justifica folosirea lor, îi ținea apoi în curent cu schimbările survenite, făcând prezentări după vindecare sau demonstrând pe corpul lipsit de viață leziunile care au făcut inutilă intervenția artei”.

În acest mod maestrul făcea operă didactică pentru care trebuia să se pregătească. Dar, ceea ce este mai important, aceste lecții erau adevărate examene în fața unui juriu, constituit de astă dată din elevi. Aceștia puteau urmări dacă diagnosticul a fost exact sau nu, dacă previziunile maestrului privind evoluția s-au adeverit sau nu.

Același lucru se poate spune și despre vizitele din spital. La clinica din Edinburgh, de exemplu, studenții folo-

seau caiete în care treceau diagnosticul, însemnau zi de zi starea bolnavului și medicația folosită. Astfel maestrul era permanent preocupat să nu greșească. El se pregătea cu meticulozitate și prin aceasta își îmbunătățea metodele de examinare, își lărgea baza de cunoștințe teoretice. Învățînd pe alții, învăța el însuși, făcînd să progreseze în același timp medicina clinică. În acest mod, odată cu înflorirea clinicii au apărut și marii clinicieni : Dupuytren, Laennec, Trousseau, Dieulafoy și mulți alții.

Sfîrșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea reprezintă perioada cea mai înfloritoare a clinicii. Prin munca pe care o prestau zi de zi la patul bolnavului, prin necesitatea permanentă de a descurca cazurile grele care se internau în spital, clinicienii au ajuns să-și dezvolte la maximum spiritul lor de observație și să ducă metoda observației la cele mai înalte culmi. Printr-un interogatoriu bine dirijat, printr-un examen minuțios al bolnavului ei adunau faptele de observație, pe care apoi clădeau diagnosticul și formulau indicațiile terapeutice. Toată această muncă era ușurată de o bună cunoaștere a patologiei și de o judecată sănătoasă, ca însăși consecința unei experiențe personale din cele mai bogate.

Astăzi situația nu mai este aceeași. Medicina s-a dezvoltat foarte mult, baza teoretică a devenit mult mai largă. Dar, mai ales, s-au perfecționat mijloacele de explorare, metodele de laborator. În acest mod munca clinicianului s-a simplificat foarte mult. Se poate afirma că astăzi orice organ poate fi investigat prin metode din cele mai obiective. De la investigațiile curente de laborator, de la tensiometru și de la examenul radiologic obișnuit, s-a ajuns astăzi la encefalografie, la cateterismul cardiac, la explorări cu radioizotopi. Toate acestea riscă să îndepărteze medicul de bolnav. Dacă lucrurile merg astfel mai departe diagnosticul va putea fi pus în viitor de un medic care nici nu va mai simți nevoia să examineze bolnavul. Va fi suficient ca cineva, după o scurtă discuție cu el, să-l îndrume spre laborator și spre cabinetele de explorări speciale. Apoi să se studieze dosarul și să se pună diagnosticul. Dacă nu, să se mai ceară cîteva explorări de specialitate.

Această evoluție a medicinei prezintă numeroase aspecte negative, asupra cărora mulți autori s-au oprit în ultimul timp. Din punctul de vedere care ne interesează aici, trebuie să relevăm două pericole posibile. Primul privește însăși metoda observației. Stimulul care incita în mod permanent pe medicii de altădată ca să-și cultive spiritul de observație nu mai este atât de intens astăzi. Mulți medici practică examene sumare și se bazează pe rezultatele de laborator pentru a clarifica diagnosticul, ceea ce îi face să gândească mai puțin asupra cazului. Acesta este cel al doilea pericol mare care stă în fața noastră în prezent. Numai observația bolnavului, numai efortul permanent pe care îl face medicul pentru a clarifica numeroasele situații patologice pe care activitatea de zi de zi i le pune în față, îi dezvoltă acea judecată sănătoasă care stă la baza simțului clinic.

Pericolul acesta care se ridică în fața formării personalității medicale este acut și apare astăzi evident pentru toți aceia care se ocupă de formarea cadrelor medicale. El nu a scăpat nici predecesorilor noștri. Iată, de exemplu, ce spune Bard: „Este important ca medicul să pună în joc mai întâi toate resursele observației și ale dialecticii sale; interogatorul, antecedentele, studiul atent al fenomenelor obiective cu ajutorul simțurilor noastre, rămân încă și vor rămâne, fără îndoială întotdeauna, legile fundamentale ale medicinei practice. Toate metodele de laborator, cele mai recente, ca și cele mai vechi, cele mai sigure ca și cele mai discutabile, nu trebuie niciodată să o ia înaintea metodelor tradiționale, a observației directe a bolnavilor și nici rezultatele lor nu trebuie niciodată considerate izolat. Ele trebuie doar să ia loc în mijlocul ansamblului de semne recoltate prin celelalte procedee de investigație, pentru a fi discutate și interpretate împreună, la fiecare caz în parte”.

În lupta cu mijloacele moderne de investigație, clinica rămâne fermă pe poziție. O spune foarte frumos un contemporan al nostru, profesorul Pasteur Valléry-Radot: „Clinica și-a păstrat toate drepturile. Ea nu se recunoaște neputincioasă în fața laboratorului, ea îi cere numai ajutorul de care are nevoie. Ea tratează de la egal la egal; examenul bolnavului rămânând pentru medic faptul inițial, faptul terminal, faptul capital”.

În fine, un ultim citat care, poate, mai mult decât celelalte ne invită la meditație. El aparține cunoscutului istoric al medicinei, Castiglioni: „Nici una din minunatele descoperiri ale epocii noastre nu ar putea schimba postul de luptă al medicului, singurul care îi permite să prindă pe viu desfășurarea fenomenelor morbide și să urmărească cu atenție ritmul misterios al vieții și al morții. Acest post este la căpâțiul bolnavului, acolo se joacă eterna dramă”.

Cele expuse pînă acum ne permit să reluăm în cîteva cuvinte, sub o formă sintetică, evoluția medicinei clinice și să caracterizăm pe scurt metoda observației.

Multă vreme în medicină a domnit empirismul. Sub unele aspecte, se poate spune că și medicina actuală mai conține elemente de empirism. Cu toate acestea, nu se poate vorbi de medicină pur empirică decît pînă la Hipocrat, care a fundamentat metoda observației și a pus medicina pe baze raționale. În toată perioada de timp care l-a precedat, medicina se baza numai pe spirit de observație, dar observațiile nu au putut fi fructificate din cauza ignoranței generale și a modului de gîndire mistic. În tot acest timp, cunoașterea medicinei era pur senzorială, ceea ce reprezintă forma inferioară a cunoașterii.

Medicina s-a emancipat odată cu Hipocrat și devine o medicină pe baze științifice. Faptele sînt mai bine observate, pentru că însăși metoda de observație este mai bine pusă la punct, dar, mai ales, intervine o judecată rațională care permite o mai bună fructificare a ei. Cu toate acestea, medicina nu merge înainte decît cu pași mici. Modul de producție, starea de înapoiere a celorlalte științe, insuficiențele majore ale anatomiei și ale fiziologiei, explică această dezvoltare lentă. Mai mult chiar, în unele perioade cum este Evul Mediu, modul de gîndire, în întregime aservit scolasticii, a constituit o frînă în calea evoluției. Schimbarea modului de producție și a modului de gîndire a dat, începînd cu Renașterea, un serios impuls dezvoltării medicinei. S-a revenit la observație, metoda a fost îmbogățită, în special, prin punerea ei pe baze anatomo-clinice. Ochiul medicului a ajuns astfel să vadă mai departe decît îl ducea privirea. Punerea apoi a medicinei pe baze experimentale, dezvoltarea aparaturii de laborator și a mijloacelor speciale de investigație, dezvoltarea celorlalte științe și înflorirea tehnicii, au permis medicinei moderne să înregistreze progrese la care înaintașii noștri nici nu ar fi îndrăznit să viseze.

Dar elementul de continuitate în dezvoltarea medicinei îl reprezintă contactul cu bolnavii și aici observației îi revin mari merite. Mijloacele moderne de investigație au ușurat mult sarcina clinicianului, dar acest lucru nu trebuie să ne îndepărteze de bolnav. Examenul bolnavului trebuie să rămînă actul capital în medicina clinică și acest contact nemijlocit îl asigură metoda observației. Ea pune la contribuție, în primul rînd, simțurile medicului și acest lucru trebuie subliniat.

Hipocrat este primul care insistă asupra observației și asupra tuturor mijloacelor pe care medicul trebuie să le fo-

losească. El trebuie să înregistreze tot ce se poate vedea, auzi, atinge, mirosi, gusta. Același lucru îl susțin și clinicienii de la începutul secolului trecut. Ei nu admit ca teoria să se substituie practicii, care rămîne pentru ei observația și experiența, legate și una și alta de aportul simțurilor. Iată, de exemplu, ce spune Corvisard: „Teoria tace sau dispare aproape întotdeauna la patul bolnavului, pentru a ceda locul observației și experienței; ehei, pe ce se fundamentează experiența și observația dacă nu pe aportul simțurilor noastre? Și ce ar fi și una și alta fără aceste călăuze fidele”?

Marii clinicieni din trecut cereau medicului să-și dezvolte simțul de observație și sensibilitatea, întocmai ca un artist, căruia nu-i scapă nici un detaliu. Sydenham recomandă medicului să urmărească pictorii, care în timpul Renașterii se situau pe culmea artei: „Trebuie ca acela care scrie istoria bolilor să observe cu atenție fenomenele clare și naturale ale bolilor, oricît de puțin interesante ar părea. El trebuie prin aceasta să-i imite pe pictori care atunci cînd fac un portret au grijă să înregistreze semnele și cele mai mici lucruri naturale ce se întîlnesc pe obrazul personajului pe care îl pictează”.

Același postulat al muncii migăloase și al antrenamentului orientat spre aplicare practică îl formula N. Fiessinger în modul următor: „Medicul nu este numai un savant, cunoștințele lui intelectuale nu îi ajung. El trebuie să rămînă un bun muncitor, sub raport tehnic. Mîinile lui, ochii lui, urechile lui, trebuie să-și păstreze întreaga sensibilitate. De aceea antrenamentul regulat este necesar. Pentru un medic situația este aceeași ca pentru un violonist. Pentru a interpreta la perfecție opera unui mare maestru al muzicii, trebuie să faci game, să faci întotdeauna game”.

Dar, pe lîngă toate acestea, un bun observator trebuie să dea dovadă de multe alte calități. Deasupra tuturor rămîne

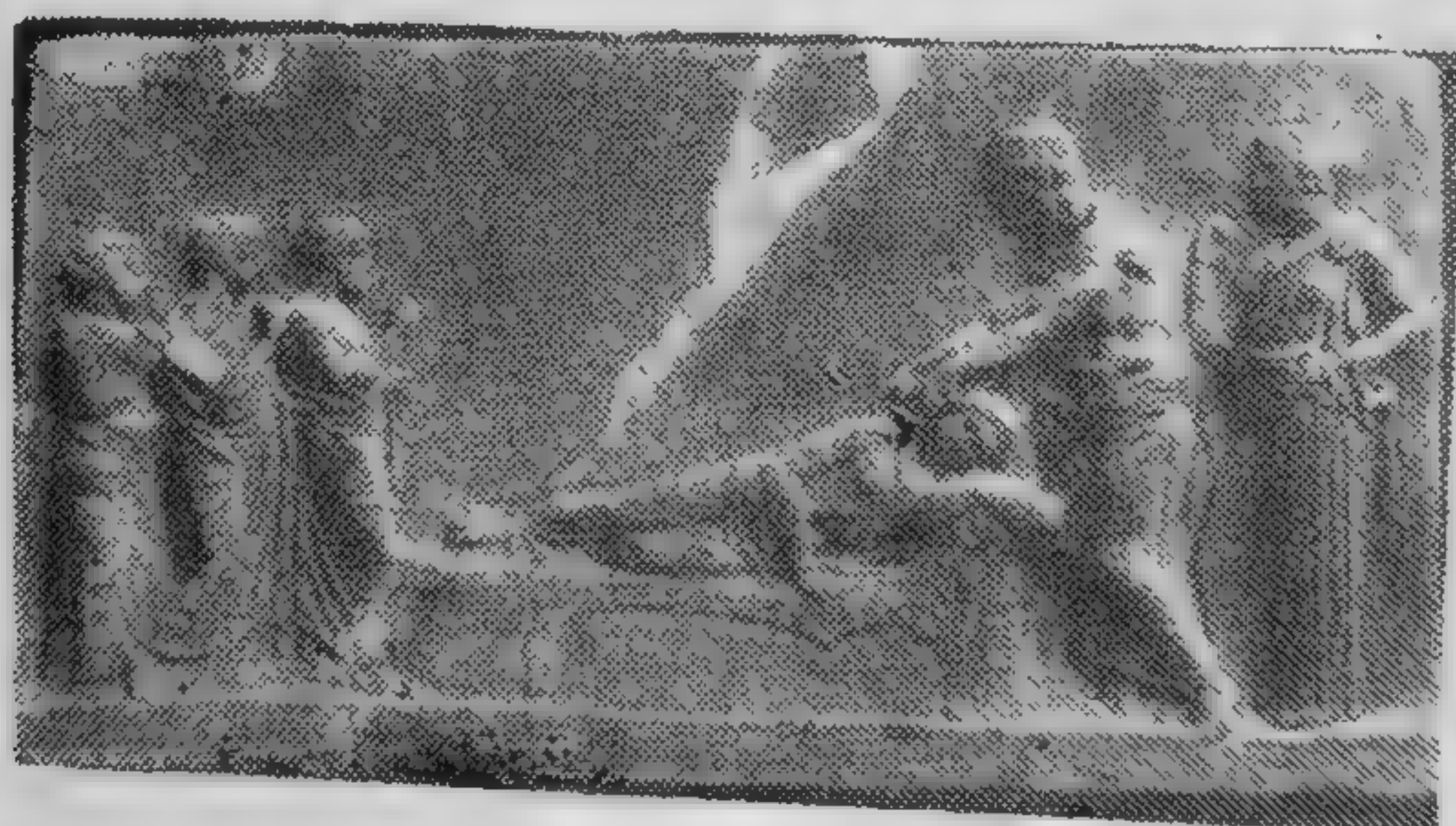
intelența. Hipocrat recomandă medicului să folosească toate mijloacele de observație, aplicând intelența. Observația simplă nu este decît cunoașterea senzorială. Ea rămîne limitată, permițînd numai o medicină de suprafață. Trecerea la medicina științifică a însemnat trecerea la cunoașterea logică, la baza căreia stă rațiunea.

Cu aceasta se trece de la observația simplă, la metoda observației, mult mai complexă. După Hațieganu, observația nu este numai muncă perceptivă ci și interpretativă. Faptele observate trebuie adunate, grupate și interpretate critic, adică analizate cu ajutorul gîndirii logice, totul fundamentat pe o bună cunoaștere a semiologiei și a patologiei bolilor. Nu este suficientă observația. Este necesar ca faptele observate să fie explicate fiziopatologic.

În această concepție observația începe încă înainte de a lua contact cu bolnavul, deoarece ni se pot comunica în mod anticipat unele date legate de suferința lui. În fond, anamneza este ceea ce știe bolnavul, dar și cei din jurul său, asupra bolii. Apoi urmează interogatoriul, care furnizează informații foarte prețioase, deoarece bolnavul este cel mai în măsură să răspundă la întrebările noastre. Dar observație înseamnă în același timp și examinare completă, ne spune Hațieganu. După el, în acest scop trebuie să folosim toate metodele, de la cele mai simple, ca inspecția, palparea, percuția, auscultația, pînă la cele mai complicate analize de laborator. „Observația necesită, spunea el, punerea în funcție a simțurilor: vedere, ascultare, palpare, miros. Aceste deprinderi senzoriale trebuie exercitate sistematic și zilnic. Observația necesită în primul rînd o atenție mare și concentrată, o permanentă curiozitate însoțită de îndoială, un control sever, apoi multă răbdare și perseverență. Ea trebuie făcută de pe o poziție științifică, condusă cu obiectivitate critică privind faptele. în căutarea adevărului”.

Dintre marii clinicieni care s-au ocupat de această problemă, Iuliu Hațieganu este unul dintre aceia care au fundamentat cel mai bine metoda observației. „Observația, prin interogatoriu și examinare integrală, armată cu toate mijloacele de investigare, condusă cu o gândire științifică, se întregesc în mod imperios printr-o cercetare foarte minuțioasă a mediului înconjurător. Astfel înțeleasă, ca metodă în sine, metoda observației trece dincolo de bolnav și dincolo de clinician...” „Observația, ne spune în continuare Hațieganu, este nu numai interogator și examinare, ci și experimentare. Observația experimentală vine să întregască, să verifice observația clinică. Această experimentare, în clinică și mai ales pe animal, necesită cunoștințe serioase de tehnică experimentală, ceea ce impune o colaborare a clinicianului cu fiziologul”.

Metoda observației, concepută în acest mod, a însemnat un important factor de progres. Ea a lărgit baza cunoașterii medicale. Noile cunoștințe teoretice, la rândul lor, au permis noi observații de ordin practic. În acest înțeles, observația clinică reprezintă practica medicală, care se bazează pe teorie și în același timp o promovează.



*Asklepios examinează un bolnav
(În dreapta Hygeia, în stînga familia
bolnavului)*

Bazorelief din anul 400 î.e.n.
Muzeul „Pireu” — Atena.

CAPITOLUL III

REMBRANDT (1606—1669):
Lecția de anatomie
Mauritshuis — Haga.



IMPORTANȚA CUNOAȘTERII
ÎN MEDICINĂ

Progresele uriașe pe care le-a făcut medicina în ultimii ani impun astăzi medicului, oricare ar fi specialitatea lui, o pregătire teoretică mult mai temeinică decât altădată. Instrucția profesională în facultate nu urmărește alt scop decât să permită viitorului medic să-și însușească cât mai multe cunoștințe de specialitate. Programa analitică, în general, cursurile de patologie în special, prezentările de cazuri clinice, toate tind spre acest lucru. Cu cât studiile sînt mai temeinic făcute, cu atât documentarea este mai bună, cu atât tînărul medic este mai bine înarmat pentru viață.

Altădată, atunci cînd medicina era puțin dezvoltată, experiența de zi de zi era suficientă pentru a forma baza teoretică necesară practicii medicale. Astăzi însă patologia s-a dezvoltat atât de mult încît exercițiul medicinei necesită o pregătire teoretică mult mai vastă. Acest lucru a apărut evident clinicienilor de mai tîrziu. „Cunoașterea maladiilor este busola medicului”, spunea Frier, încă în 1789.

Cunoașterea teoretică a bolilor este necesară nu numai pentru a le putea identifica, ci și pentru a reuși un examen corect al bolnavului. Nu poți face o bună foaie de observație într-un anumit caz patologic fără a fi bine documentat asupra bolii respective „Ceea ce știi, vezi”, spunea Goethe. Aici voi cita o experiență personală care mi se pare foarte instructivă.

În 1935, ca proaspăt intern în clinica chirurgicală condusă de Leriche îmi revenea, printre altele, și sarcina de a face foi de observație. Teoretic eram relativ bine documentat, deoarece pregătisem temeinic concursul de internat. Cu toate acestea, ori de cîte ori aveam de-a face cu cazuri deosebite, mă documentam din nou, înainte de a trece la redactarea foi de observație. Astfel, la un moment dat, s-au internat doi copii suferind de boala Volkmann. Este vorba de retracția ischemică a mușchilor flexori ai antebrațului care se produce după unele traumatisme și care era atribuită pe atunci de către cei mai mulți autori unui aparat ghipsat prea strîns. Pe Leriche îl interesa îndeosebi această problemă deoarece el atribuia leziunile unei ischemii de origine arterială. Știind acest lucru, eu m-am documentat serios, citind ultimele lucrări apărute în domeniul respectiv. Apoi, am redactat două

foi de observație foarte complete, fără ca vreun detaliu semnificativ să-mi scape. Puțin după aceea Leriche a adunat ultimele foi de observație pentru o nouă lucrare. A fost foarte impresionat de foile făcute de mine și din acel moment mi-a acordat un interes care ulterior nu s-a dezmințit nici un moment. De multe ori m-am gândit la aceste foi de observație care mi-au adus un neprețuit folos, pe care în nici un caz nu le-aș fi putut redacta fără o serioasă pregătire teoretică. Câte detalii, oare, nu mi-ar fi scăpat?

Desigur, documentarea este mai necesară în unele cazuri decât în altele. Ca să faci un diagnostic de hernie inghinală nu ai nevoie de o documentare specială. Orice medic dispune de cunoștințele necesare. Dar pînă la a pune diagnosticul de hernie diafragmatică, pornind de la o stare anemică și aceasta numai pe baza examenului clinic, este o distanță foarte mare. Un medic bine documentat se va gândi la această posibilitate și va indica radiologului examenul care îi este necesar, pentru confirmarea diagnosticului. Tot așa, ca să te gîndești la un sindrom Zollinger-Elisson, adică la un adenom de pancreas în fața unui ulcer gastric recidivant, trebuie să cunoști bine problema.

Toate acestea sînt cazuri rare, dar un medic bun excelează tocmai prin faptul că stabilește diagnostice care altora le scapă. Bolile s-au înmulțit foarte mult, au fost descrise atîtea sindroame noi, încît a devenit necesară profilarea. Medicul nu mai este în măsură să cuprindă toată patologia și se documentează cu precădere într-un anumit domeniu, în sînul aceleiași specialități chiar. Astfel, de exemplu, un chirurg profilat pe afecțiuni digestive va face mai ușor și mai repede un diagnostic de polipoză colică, decât unul care face chirurgie generală și care, în cazul dat, poate nici nu se va gândi la această posibilitate.

Chiar dacă volumul de cunoștințe indispensabile este mai mare în unele specialități decât în altele, se poate spune că documentarea este întotdeauna și peste tot necesară. Nu poți astăzi concepe un bun clinician fără o solidă pregătire teoretică.

Cu toate acestea, au fost unii care au spus că prea multe cunoștințe strică. Această afirmație, surprinzătoare la prima

vedere, își găsește explicația în faptul că uneori medici foarte bine pregătiți teoretic, nu sînt buni practicieni.

Un exemplu, puțin cunoscut, dar foarte demonstrativ, ne va permite să explicăm situația de mai sus. Este cazul profesorului Ambard. Acesta a fost un mare savant, un cunoscut cercetător, care atunci cînd l-am cunoscut, conducea o clinică de boli interne. El este autorul celebrei formule matematice cunoscută sub numele de *constanta urosecretorie* a lui Ambard, care ani de-a rîndul a fost folosită pentru investigarea funcției renale. Ambard nu era însă un bun clinician, sau, cei puțin, nu era un clinician atît de mare pe cît era mare savant. În clinica lui se aflau cîțiva colaboratori mai tineri, care dădeau dovadă de mai mult simț clinic. Personal îmi amintesc de o autopsie, la care asista toată clinica, în cursul căreia a fost infirmat în mod brutal diagnosticul șefului. Și nu se poate spune că Ambard nu avea un bagaj teoretic cel puțin atît de bogat ca ceilalți. Cum se explică atunci eșecurile lui Ambard în materie de diagnostic?

Explicația este foarte simplă: el a făcut ani de-a rîndul fiziopatologie. În tot acest timp el a stat în laborator, departe de clinică. Apoi, cînd s-a vacantat o catedră de boli interne, și-a pus candidatura și a reușit cu brio. Îi lipsea însă practica, experiența clinică, care te ajută să prinzi esențialul și să te descurci în cazurile clinice mai grele.

Ulterior Ambard a reușit să se impună și ca un excelent clinician, fiind un intelectual de elită, foarte muncitor și bine pregătit profesional. Practica, pe care și-a însușit-o cu timpul, i-a completat armonios formula medicală.

Această idee a neconcordanței, care se observă uneori între pregătirea teoretică și posibilitățile practice ale medicului, o subliniază și R. Cruchet. Vorbind despre pregătirea teoretică și despre elementele care stau la baza examenului unui bolnav, el spune: „Dar nu ajunge să ai o memorie impecabilă și să cunoști aceste elemente în modul cel mai perfect pentru a fi un excelent observator și un bun medic. Noi am cunoscut cu toții astfel de puțuri de știință, de oameni știind totul, reușiți la concursuri pe primele locuri, pe care experiența i-a arătat, atît în materie de cercetare, cît și în practica propriu-zisă, ca fiind spirite foarte sărace. Le lipseau

tocmai aceste calități de intuiție, de discernământ în ordinea fenomenelor, care este artă și nu numai știință. De aceea, un medic în toată viața sa profesională trebuie să facă operă de artist. Altfel, el este expus fără încetare la cele mai monumentale erori, cu toate cunoștințele lui teoretice, luate din cărți, oricât ar fi ele de vaste și oricât ar fi de sigură memoria lui".

Pregătirea teoretică trebuie să fie așadar dublată de o experiență de ordin practic, pe care numai contactul de zi de zi cu bolnavii o asigură, cât și de unele calități intelectuale, cum este spiritul de observație, discernământul, judecata clară. Asupra acestora vom mai reveni. Pentru moment este necesar de subliniat că pregătirea teoretică singură nu poate genera un bun clinician. Dar nici nu îi strică. În nici un caz nu se pot aplica medicinei cuvintele lui Descartes care, după terminarea studiilor, la una din cele mai celebre școli din Europa, cum îi plăcea lui să spună, afirma următoarele: „Dar de îndată ce am terminat acel curs de studii, după care în mod obișnuit ești primit în rîndul doctilor, mi-am schimbat complet părerea: pentru că mă simțeam atît de încărcat de îndoieli și de erori, încît mi se părea că nu am tras alt profit, încercînd să mă instruesc, decît că am descoperit din ce în ce mai mult ignoranța mea".

Aceste cuvinte au făcut pe René Cruchet să spună următoarele: „Această stare de spirit ar trebui să fie în primul rînd aceea a medicului care după ce a învățat totul, ar trebui să uite totul și să nu păstreze decît un spirit de curiozitate, deschis și fără partipri; acesta este cu atît mai indispensabil cu cît bolnavii nu se aseamănă niciodată complet între ei; este necesar ca practicianul să se debaraseze de cunoștințele inutile, care îi încarcă memoria, dacă vrea să ofere bolnavului maximum de servicii pe care i le poate da.

Puțini medici, mai ales în vremea noastră au știut să-și păstreze această independență și libertate a inteligenței."

Afirmațiile de mai sus nu pot fi, de data aceasta, acceptate, așa cum ne sînt prezentate. Medicul nu trebuie să facă un efort de a uita, pentru că cunoștințele inutile dispar de la sine. Nu este însă mai puțin adevărat că este foarte impor-

tant pentru medic să dea dovadă de simț critic și să nu aibă
 idei preconcepute. Aici stă pericolul unei pregătiri medicale
 axată prea mult pe teorie. Nu trebuie să pui la tot pasul
 același diagnostic, să forțezi cazul pe care îl examinezi ca să
 intre într-un anumit tipar, într-un sistem oarecare. Din acest
 punct de vedere poate fi citat Sydenham, cel mai cunoscut
 medic din a doua jumătate al secolului al XVII-lea; el se
 ridică cu violență împotriva scolasticii care sufoca medicina
 din vremea sa: „Trebuie, spune el, să se renunțe la orice ipo-
 teză și la orice sistem filozofic...; pe de o parte autorii s-au
 încăpăținat să atribuie bolilor simptome care n-au existat de-
 cît în capul lor și care ar fi trebuit totuși să se manifeste dacă
 ipoteza lor era veritabilă; pe de altă parte, cînd un simptom
 care însoțește cu adevărat boala pe care ei o discută, cadrează
 cu teoria lor, atunci ei exagerează peste măsură acest
 simptom și fac, cum se spune, din șoarece un elefant, nici
 mai mult nici mai puțin, decît parcă totul ar fi depins de el;
 dar dacă simptomul nu cadrează cu ipoteza lor, atunci ei nici
 nu îl menționează, sau spun puțin lucru, în afară de cazul că
 îl pot acomoda sau ajusta propriului lor sistem prin mijloa-
 cele unei subtilități filozofice oarecare... De aceea, medi-
 cina așa cum se exercită ea astăzi este mai degrabă o artă de
 a ține discursuri decît de a vindeca, nefiind susținută decît
 de sisteme vagi”. Opusă acestor concepții înapoiate, pe care
 le critică, apare concepția lui Sydenham, formulată în cele
 două volume de medicină practică, al cărei miez reiese cu
 atîta pregnanță din următoarele rînduri: „Dacă aș fi început
 prin a raționa în loc să încep prin a observa, aș fi clădit în
 aer și aș fi fost atît de imprudent ca și acela care vrea să pună
 acoperișul pe un edificiu, înainte de a-i zidi fundațiile”.

Din cuvintele de mai sus reiese concepția materialistă a
 lui Sydenham. Aici putem menționa că el era bun prieten cu
 celebrul filozof Locke, tot medic și el și care, la rîndul său,
 s-a ridicat în mai multe rînduri împotriva medicinei sco-
 lastice. Alături de ei îl putem situa pe Giorgio Baglivi
 (1688—1707) care, în aceeași epocă, cerea ca medicina să nu
 se clădească pe teorii prăfuite ci pe examenul bolnavului,
 deoarece nu putem găsi niciodată o carte mai interesantă și
 mai bogată în învățăminte decît însuși bolnavul.

Există deci un pericol al teoretizării excesive, dar acesta este prezent în pregătirea medicală numai atunci când cunoștințele teoretice se câștigă în dauna practicii. Un student care citește patologie în orele în care ar trebui să facă stagiul la patul bolnavului, sau un medic care studiază ultimele noutăți medicale în monografii și reviste, în detrimentul practicii de spital, nu își dezvoltă în nici un caz simțul clinic. Și unul și altul pot ajunge tobă de carte, dar formația lor va fi, așa cum am văzut, unilaterală. Situația nu se poate remedia decât prin activitate practică, care va putea fi însă fructificată, baza teoretică fiind acum asigurată.

Aici se poate face o precizare privind cunoștințele teoretice care se uită, fără ca medicul să trebuiască să facă un efort în această direcție. Din noianul de cunoștințe cu care își încarcă memoria un student care își pregătește examenele, sau un medic care se prezintă la concursuri, se uită acelea pe care nu le fixează practica. Se uită multe date de etiologie, se uită teoriile patogenice, se uită unele date de anatomie, dar un semn care se învață din carte și care se întâlnește la unul sau la mai mulți din bolnavii pe care un student îi urmărește la stagiul, acela rămâne. De aceea, o excelentă metodă constă în a relua studiul teoretic al unei boli în fața fiecărui caz clinic pe care îl întâlnești în cursul stagiului de spital. În acest mod se armonizează cel mai bine pregătirea teoretică cu pregătirea practică și se păstrează toate cunoștințele utile.

Ruptura dintre teorie și practică este tot ce poate fi mai dăunător în pregătirea profesională a medicului. Din acest punct de vedere poate fi citată medicina Evului Mediu, care constituie o experiență istorică de mari proporții. Întâlnim aici exemplele cele mai instructive de pregătire unilaterală care au dus la formarea unor medici pur teoreticieni, aserviți dogmelor și rupți de realitate, în timp ce medicina practică era pe baze pur empirice, efectuată de persoane fără nici o pregătire teoretică.

În Evul Mediu, timp de mai multe secole, pregătirea medicilor se baza pe studiul gramaticii în vederea însușirii limbii latine, pe studiul unor texte ale vechilor autori și pe

unele cunoștințe de anatomie. Dar textele, reprezentate în primul rând prin lucrările lui Galenus, erau eronate, confuze, iar cunoștințele de anatomie sumare, de multe ori fanteziste, bazate pe disecții rare, la care asista multă lume fără să vadă mare lucru. Învățămîntul la patul bolnavului nu exista pe atunci. De aceea, atunci cînd acești medici ajungeau în fața bolnavului, ei se mulțumeau cu un simplu interogatoriu, priveau limba, cereau să li se arate borcanul cu urină și eventual scaunul, iar dacă puneau mîna pe bolnav, nu urmăreau altceva decît să ia pulsul. Apoi discutau pe latinește și indicau o clismă sau o venesecție. Sîngerarea era făcută după indicațiile zodiacului, pe o anumită venă într-o anumită lună a anului.

Toate acestea seamănă mai mult a parodie a medicinei, decît o practică medicală propriu-zisă. Este cea mai pură expresie a teoriei ruptă de practică. Ceva mai tîrziu Molière a stigmatizat această medicină situînd-o la locul care i se cuvenea.

În ceea ce privește chirurgii, aceștia puteau fi împărțiți în mai multe categorii. Erau mai întîi chirurgii titrați, cu robă lungă, după chipul și asemănarea medicilor, care discutau și ei pe latinește, dar care nu ar fi acceptat să facă o intervenție chirurgicală, de teamă să nu-și compromită reputația în cazul unui eșec. Opuși lor erau chirurgii cu robă scurtă, bărbierii chirurghi; deloc instruiți medical, ei nu știau nici să scrie, nici să citească. Erau însă în măsură să tundă, să radă, făceau extracții dentare, practicau sîngerări, făceau pansamente, reduceau fracturile și luxațiile. Cu toată lipsa lor de pregătire, ei erau singurii care lucrau efectiv, singurii utili societății.

Între aceste două categorii se plasau chirurgii ambulanți. Aceștia se specializau în două, trei operații, cum erau cele de hernie, talia vezicală pentru calculoză, sau de cataractă. Ei erau bine pregătiți în domeniul respectiv și își transmiteau cunoștințele din tată în fiu, iar numărul mare de intervenții practicate le conferea o bogată experiență. Astfel, ei realizau operații complexe a căror reușită contrasta cu starea de înapoiere a medicinei din vremea lor. Din rîndurile acestora sau ridicat în epoca Renașterii mulți mari chirurghi.

Iată deci o adevărată experiență istorică. Pe de o parte, o chirurgie pur teoretică, îmbîcsită de dogme și ruptă de practică, ale cărei rezultate sînt nule. Pe de alta, o chirurgie empirică, bazată numai pe practică, pozitivă ca rezultate, dar foarte modestă în ansamblu. În fine, o chirurgie mai limitată, dar cu realizări deosebit de frumoase pentru epoca respectivă, bazată nu atît pe cunoștințe teoretice cît legată de o activitate practică, ce poate fi asimilată unei adevărate specialități.

Pregătirea teoretică, singură, îndepărtează de bolnav, duce la o medicină dogmatică, puțin utilă, plină de greșeli. Dar teoria este absolut necesară pentru practica medicală. Fără ea cădem în empirism. „Cînd medicul practician este nevoit a acționa numai, iar despre înțelegerea bolii nici nu poate fi vorba, atunci medicina iese din granițele științei și intră în domeniul empirismului pur, care nu satisface nici pe bolnav, nici pe medic”, spune Inozemțev.

Un medic trebuie să se pregătească cu grijă, să citească, să învețe, să-și îmbogățească zestrea teoretică. Viața este pentru el o permanentă școală.

Fiecăruia dintre noi i s-a întîmplat să diagnostice unele boli rare, pe care nu le-a întîlnit în cursul studiilor, să identifice o leziune în cursul unei operații, bazîndu-se numai pe cunoștințele lui teoretice, cîștigate din lecturi și studii de specialitate. La formarea bagajului teoretic contribuie însă în mare măsură și propria experiență. Urmărind bolnavii în spital, înregistrînd modalitățile evolutive, atît de variate uneori pentru aceeași boală, notînd cu grijă reacțiile la tratament, medicul își îmbogățește neconținut cunoștințele cu date noi, din cele mai utile. Dar, așa cum am văzut, oricît de bogată ar fi experiența personală, pregătirea teoretică rămîne unilaterală și foarte săracă, dacă nu este completată prin lecturi din literatura de specialitate.

Ar fi absurd să credem că un medic și-ar putea cîștiga toate cunoștințele de care are nevoie numai din practica lui personală, chiar dacă și-a format o bază deosebit de solidă în facultate. Experiența lui nemijlocită, ca și posibilitățile de observație, sînt limitate, iar cunoașterea obținută în aceste condiții nu este decît o cunoaștere empirică. Apoi, trebuie

să se țină seama de faptul că știința medicală face progrese neîntrerupte. Pentru a se ține la curent cu ultimele cuceriri în domeniul său de activitate, medicul trebuie să facă un efort continuu, să consulte literatura de specialitate, cu alte cuvinte să citească tot timpul. Altfel, rămîne în urmă. „Un medic care nu citește deloc, chiar dacă ar poseda o experiență de un secol, ar fi numai un biet individ. Vanitatea lui nu ar avea ca egal decît propria lui ignoranță”, spune Noël Fiessinger.

Cunoașterea medicală se bazează pe experiența practică a medicilor de pretudinteni și din toate vremurile. Dar, practica constituie și scopul cunoașterii. Împreună cu teoria, formează o unitate dialectică. Cunoașterea este latura teoretică a activității medicale și este reprezentată în activitatea de spital prin patologie. Ea se bazează pe practică, adică pe activitatea la patul bolnavului. Teoria promovează practica, iar aceasta, la rîndul ei, contribuie la dezvoltarea teoriei.

În medicină teoria fără practică este tot atît de periculoasă ca și ignoranța sau empirismul, adică practică fără bază teoretică. Din acest punct de vedere poate fi citat Cruveilhier care spune: „Știința este prima datorie a medicului; cînd este vorba de viața oamenilor ignoranța este o crimă”.

În categoria ignoranților pot fi plasați însă toți medicii unilateral formați, și cei lipsiți de practică și cei care nu dispun de bagajul teoretic necesar activității de toate zilele. Și unii, și alții, sînt în aceeași măsură de periculoși pentru bolnavi. Acest adevăr, de altfel, a apărut evident din toate timpurile. În *Ayur Veda*, cartea despre știința vieții, rămasă și astăzi o carte de căpătîi pentru medicii hinduși, stă scris: „Acela care va fi învățat numai principiile medicinei, dar care nu va fi primit o instrucție practică, își va pierde sîngele rece în fața unui bolnav, întocmai ca fricosul care își pierde cunoștința într-o bătălie. Pe de altă parte, acela care în chip pripit se apucă de practica medicală înainte de a fi studiat temeinic principiile artei, e nevrednic de sprijinul oamenilor instruiți și merită să fie pedepsit. Și unul și altul sînt tot atît de nepregătiți și destoinici de a deveni practicieni, precum e incapabilă o pasăre de a zbura cu o singură aripă”.

Dar a fi unilateral format însemnează ceva mai mult. În formarea medicului intră o componentă în plus. Pe lângă o pregătire teoretică din cele mai temeinice și o bogată activitate practică, este necesară și o educație susținută, în spiritul eticii și al echității socialiste. Acestea sînt laturile principale în formarea medicului și între ele trebuie să existe un echilibru perfect. Care dintre ele ar trebui să se situeze pe primul plan? Dintre cei puțini care au căutat să răspundă la această întrebare, îl putem cita pe Hațieganu, pentru claritatea cu care se exprimă: „Pentru a fi un medic adevărat, în zilele noastre, în afară de bunătate, judecată, umanitarism, conștiință, este necesară cunoașterea temeinică a fiziologiei și fiziopatologiei experimentale și clinice, este necesar nu numai a ști, dar a și aplica această fiziologie și fiziopatologie pe teren, în policlinică și în clinică; însă, întotdeauna, în lumina experienței clinice”.

Aceasta însemnează primatul experienței clinice care include cunoașterea, adică știință, apoi practică și multă conștiință.



CLAUDE BERNARD: Lecția de fiziologie
Muzeul din Praga

CAPITOLUL IV

CORNELIU BABA :
Jucătorul de şah
Muzeul de Artă — Constanța.



BAZA LOGICA
A DIAGNOSTICULUI

Diagnosticul reprezintă unul din cele mai importante capitole ale patologiei. În tratatele de medicină clinică i se acordă locul și extinderea care i se cuvin, în funcție de importanța și de gravitatea bolii adusă în discuție. Dar despre diagnostic, în general despre metodologia lui, s-a scris foarte puțin. Astfel, studenții în medicină și tinerii absolvenți sînt lipsiți de unele cunoștințe de ordin general care, în practică, se arată utile pentru fiecare caz luat în parte. De aceea, am crezut de bine să aducem în discuție cîteva date legate de structura logică a gîndirii clinice și să ne oprim ceva mai mult asupra condițiilor care stau la baza unui bun diagnostic. Intenția este să prezentăm în continuare cîteva reguli și exemple de ordin practic, destinate să ducă la o mai bună înțelegere a problemei diagnosticului, mai ales sub aspectele legate de practica de toate zilele.

Prin diagnostic se înțelege *procesul de identificare a bolilor pe baza semnelor clinice și a examenelor de laborator*. Multă vreme însă medicii nu au fost în măsură să diagnostice bolile. Cunoașterea medicală prezenta lacune mari și din această cauză datele de observație nu puteau fi corect interpretate. Hipocrat spunea: „Mi se pare că cei mai mulți medici întîmpină aceleași greutăți ca și cîrmacii nepricepuți”. În aceste condiții, cînd foarte puține boli erau identificate, medicii se mulțumeau cu un diagnostic simptomatic: stare febrilă, cefalee, melenă, icter. Odată cu înflorirea clinicii și cu folosirea noilor metode de investigație clinică, cum sînt percuția, auscultația și palparea, posibilitățile de diagnostic au crescut. Situația s-a îmbunătățit și mai mult grație ajutorului substanțial pe care îl oferă laboratorul. Cu toate acestea clinicienii de la sfîrșitul secolului trecut întîmpinau greutăți serioase în materie de diagnostic. Cunoscutul clinician rus P. S. Botkin spunea că ar fi foarte bucuros dacă 30% din diagnosticele puse de el ar fi juste.

Astăzi situația este mult mai bună. Progresele pe care le-a făcut medicina în cunoașterea bolilor, noilor mijloace de investigație tehnică, permit diagnostice mai sigure și de mai mare finețe. Dar și pretențiile noastre sînt mai mari în prezent. Diagnosticul nozologic simplu nu mai mulțumește

decît în rare cazuri. Cînd cineva răsfoiește un tratat de diagnostic este surprins de numeroasele subdiviziuni pe care le întîlnește la acest capitol, în funcție, desigur, de natura diferitelor boli. În afară de diagnosticul pozitiv, diferențial și etiologic, care nu lipsesc niciodată, se descriu diagnosticul topografic, diagnosticul de evoluție și complicații, diagnosticul radiologic și bacteriologic, diagnosticul formelor clinice, diagnosticul asociațiilor morbide și altele. Astfel, în afară de terapeutică, toate capitolele de patologie a diferitelor boli sînt uneori reluate la diagnostic.

În aceste condiții diagnosticul devine o problemă foarte complexă, dar care nu trebuie complicată și mai mult. De aceea, în cele ce urmează ne vom limita la diagnosticul pozitiv, la diagnosticul diferențial și la diagnosticul etiologic.

Diagnosticul pozitiv afirmă natura bolii. El nu poate fi însă considerat complet decît dacă boala este raportată la bolnav și se menționează atît eventualele caractere particulare, legate de teren, cît și asociațiile morbide.

Diagnosticul pozitiv se clădește pe simptomele pe care medicul le recoltează în cursul anamnezei și a examenului clinic folosind cu precădere, ca metodă de gîndire, metoda inductivă. Aici îl putem cita pe celebrul clinician englez James Mackenzie, care se exprimă într-un mod foarte plastic: „Simptomele, în accepțiunea de concepte, sînt ca materialele utilizate pentru construcția unui edificiu. Noi știm că luate izolat și grupate ele pot servi la construirea unei case, dar noi nu apreciem valoarea lor în esență și utilitatea practică decît în momentul în care vedem că ne este posibil să le transformăm într-un edificiu. În momentul în care simptomele sînt grupate în mod logic într-o ipoteză atunci cauza lor și valoarea lor relativă ne apar clar”.

Diagnosticul pozitiv se confirmă prin diagnosticul diferențial. Acesta urmărește tot recunoașterea bolii, dar se bazează pe cunoștințele de patologie privind diferitele boli și uzează, în principal, de metoda deductivă. În acest caz, se procedează prin eliminare. În fine, diagnosticul etiologic ur-

mărește să stabilească cauza bolii. Pentru aceasta se țin seama de datele de ordin clinic și, într-o măsură mai mare de cele mai multe ori, de rezultatele de laborator.

Astfel, diagnosticul luat global, se bazează pe de o parte pe datele clinice și de laborator pe care le oferă bolnavul, pe de altă parte pe experiența și pe cunoștințele medicului. Bolnavul este obiectul supus examenului, iar medicul subiectul, care îl examinează și elaborează diagnosticul printr-o operație de gândire, care are la bază legile logicii.

În elaborarea diagnosticului medicul participă deci cu armele personale, care sînt reprezentate de cunoștințele lui, de calitățile lui de observator, de modul lui de gândire. Această participare personală explică de ce într-o anumită situație un medic ajunge mai repede la diagnostic decît un altul, care ajunge mai încet sau nu ajunge deloc. Astfel, cu toate progresele medicinei, cu toată fundamentarea științifică a diagnosticului, acesta rămîne, în oarecare măsură desigur, legat de persoana medicului. De aceea, așa cum am arătat, sîntem îndreptățiți să vorbim despre o *artă a diagnosticului*.

Dar, înainte de a trece la discutarea modului în care medicul procedează practic în vederea elaborării diagnosticului, este necesar să prezentăm, sub formă de generalități, cîteva date despre structura logică a gândirii clinice. Fiecare știință posedă un corp de adevăruri, reprezentat prin noțiuni, judecăți și raționamente, cu care se operează în toate domeniile ei de activitate. Medicina are și ea corpul ei de adevăruri, dar acesta prezintă unele particularități ce trebuie cunoscute pentru a înțelege mai bine greutățile de care se lovește clinicianul cînd urmărește să precizeze diagnosticul.

Studiul gândirii clinice, sub aspectul structurii, adică al relațiilor dintre idei, este de o importanță deosebită pentru medic. La patul bolnavului medicul urmărește să obțină cît mai multe cunoștințe noi pentru a stabili natura procesului patologic. Aceste cunoștințe îi sînt necesare pentru elaborarea diagnosticului, care este o cunoștință dedusă. Din punct de vedere logic o cunoștință dedusă este o cunoștință nouă obținută din adevăruri stabilite anterior, prin aplicarea legilor

logicii la raționamentele de care se uzează. Raționamentele se obțin din confruntarea a cel puțin două judecăți care trebuie să fie adevărate pentru ca și concluzia să fie adevărată. Judecățile, la rîndul lor se formează cu ajutorul noțiunilor care reprezintă primul element al treptei logice de cunoaștere a realității.

Prin specificul activității sale clinicianul se vede obligat să facă un efort intelectual continuu în care gîndirea este solicitată în tot momentul. Varietatea cazurilor clinice, complexitatea situațiilor patologice, interferențele de ordin subiectiv, constituie cîteva din particularitățile medicinei clinice. Dar, ceea ce îngreunează în special munca medicului este faptul că uneltele cu care operează, adică noțiunile, judecățile și raționamentele, nu îi oferă aceleași posibilități largi și sigure de lucru ca și în alte profesii. Sub acest aspect medicina este în stare de inferioritate față de științele zise exacte. Noțiunile cu care se operează în medicină sînt adeseori imprecise, greu de definit, judecățile cu caracter de valabilitate universală sînt rare, iar raționamentele, în condițiile în care ele se desfășoară, duc de cele mai multe ori numai la concluzii probabile.

Un asemenea raport de inferioritate relativă se observă chiar și în cadrul medicinei, dacă se face comparație între clinică și disciplinele fundamentale. În disciplinele fundamentale noțiunile sînt mai precis conturate, mai ușor de definit, clasificările și diviziunile sînt mai simple și, în general, toate operațiile de gîndire, sub aspectul structurii logice, se desfășoară în condiții mai satisfăcătoare.

În medicina clinică în schimb urmărim să ajungem la o cunoștință dedusă adevărată, care este diagnosticul, pornind de la noțiuni care sînt imprecise și de la judecăți care nu sînt valabile în toate cazurile. Apoi, medicul nici nu cunoaște regulile și legile mișcării logice a gîndirii, pentru că în pregătirea lui această latură este complet neglijată. În învățămîntul medical accentul se pune mai mult pe conținutul noțiunilor. Acestea reprezintă suma cunoștințelor obținute în domeniile respective, ele realizează un adevărat bilanț al cunoașterii în ceea ce privește obiectele sau fenomenele considerate. Dar același învățămînt ignorează studiul legilor

care guvernează relațiile dintre idei adică studiul logicii formale sau generale. Medicul ajunge să gândească corect, dar în mod inconștient, așa cum ajunge să vorbească corect fără studii speciale de gramatică. În materie de diagnostic însă, cunoașterea regulilor și legilor logicii constituie un ajutor care nu trebuie neglijat. Pentru aceasta este însă necesar să se facă o evaluare separată a noțiunilor, a judecăților și a raționamentelor cu care se operează în clinică.

În gândirea științifică **noțiunea** apare ca o idee care exprimă suma cunoștințelor asupra unui obiect sau fenomen într-o anumită etapă istorică. În noțiunea de cancer de mamele de exemplu, sînt cuprinse toate datele pe care le cunoaștem astăzi asupra acestei boli. Dar noțiunea ne permite în același timp să distingem obiectul pe care-l gîndim în noțiune de un alt obiect, un fenomen de un altul. Aceasta este dubla funcție a noțiunii. Aici ne interesează numai cea de a doua funcție. În acest caz noțiunea apare ca o idee precisă despre însușirile obiectului sau fenomenului care îl deosebesc de toate celelalte obiecte sau fenomene. Pentru aceasta noțiunea trebuie să conțină un număr oarecare, de cele mai multe ori nu prea mare, de note ale obiectului, prin care acesta se deosebește de un altul.

În orice noțiune sînt deci gîndite și notele care corespund însușirilor obiectului. Aceste note pot fi esențiale și neesențiale. Notele esențiale constituie un grup în care fiecare notă este necesară și toate la un loc sînt suficiente ca să deosebim obiectul gîndit în noțiune de toate celelalte obiecte.

Să luăm un exemplu, ceva mai simplu, acela al furunculului. Noțiunea reprezintă reflectarea esențialului unei clase de „obiecte”, al clasei de furuncul în cazul nostru. Această noțiune este o reflectare generalizată în care sînt cuprinse numai unele din însușirile furunculului, adică notele lui esențiale. Desprinderea și identificarea notelor esențiale ale unui obiect constituie o sarcină de primă importanță a cunoașterii științifice.

În cazul furunculului, este vorba de o infecție locală cunoscută de multă vreme, despre care se știe că se localizează

la nivelul foliculului pilosebaceu și se caracterizează prin producerea unei necroze locale, numită burbion. Aceste note sînt necesare și suficiente ca să-l distingem de o altă infecție locală.

Dar, în noțiunea de furuncul sînt gîndite și alte note, cum sînt, de exemplu, semnele inflamației: durere, roșeață, tumefacție, căldură locală. Cînd comparăm un furuncul cu o altă infecție locală, aceste note ne apar ca neesențiale. Ele însă devin note esențiale dacă se pune problema să deosebim un furuncul de un lipom sau de un chist sebaceu. Aceasta însemnează că deosebirea dintre notele esențiale și neesențiale are un caracter relativ. Este esențială acea notă care este obiectiv determinantă într-o situație concretă dată. Cu alte cuvinte, criteriul pentru separarea notelor esențiale de cele neesențiale este acea latură a obiectului pe care o aduce pe primul plan practica, adică relația practică dintre om și obiect. Deci criteriul practicii este etalonul de care ne servim în caracterizarea notelor unui obiect pe care le gîndim într-o noțiune.

Noțiunea de furuncul, așa cum am văzut, reflectă un „obiect” bine cunoscut, ușor de deosebit de un altul. De aceea și definiția este ușor de formulat în acest caz: „furunculul este o infecție locală, datorită stafilococului, care prinde foliculul pilosebaceu și care se manifestă clinic prin producerea unei necroze locale, numită burbion”. Această formulare satisface cele două postulate ale oricărei definiții: definește obiectul și-l deosebește de altele. Ea intră în categoria definițiilor prin genul proxim și diferența specifică. Față de furuncul genul proxim, adică cel mai apropiat, este infecția locală, iar diferența specifică este reprezentată de natura agentului cauzal, de localizare și de producerea unei necroze locale caracteristice.

Asemenea definiții sînt clare și precise. Ele se datoresc faptului că avem de-a face cu obiecte sau fenomene cunoscute, la care ne este ușor să desprindem notele esențiale care să le definească. În aceeași situație ne găsim dacă se pune problema să definim abcesul: „abcesul este o infecție locală

cu microbi piogeni, care se localizează la nivelul țesutului conjunctiv și care se caracterizează prin producerea unei colecții purulente bine delimitate".

Situații de acest gen sînt însă relativ rare în medicină. În general avem de-a face cu noțiuni care prezintă multe note comune, dintre care ne este uneori foarte greu să desprindem una sau mai multe note esențiale care să constituie diferența specifică. Pe de altă parte, nici nu se respectă regulile logice care trebuie să stea la baza definițiilor. De aceea întîlnim în cursuri și manuale, de atîtea ori, definiții greșite.

Am putea cita un prim exemplu de nerespectare a regulilor logice ale diagnosticului tot din capitolul infecții: erizipelul. Erizipelul este cunoscut de multă vreme, a fost descris încă în antichitate, este relativ ușor de diagnosticat și, aparent cel puțin, ușor de definit. Una dintre cele mai comune definiții este următoarea: „erizipelul este o dermită streptococică”. Definiția este scurtă, pare foarte clară, dar este greșită. Într-o definiție sfera noțiunii care definește trebuie să fie egală cu sfera noțiunii definite. În cazul nostru sfera noțiunii care definește este mai mică decît a noțiunii definite. Efectiv, astăzi se știe că procesul patologic cunoscut sub numele specific de erizipel poate fi produs și de alți microbi decît de streptococ. Sfera noțiunii de „dermită streptococică” este deci mai mică decît sfera noțiunii „erizipel”. Definiția rămîne greșită sub aspect logic, chiar dacă originea streptococică este, de departe, cea mai frecventă.

Aceasta constituie însă numai prima greșeală. Cealaltă constă în folosirea fără nici o restricție a noțiunii de *dermită*. Este adevărat că această infecție se localizează de cele mai multe ori în dermă. Dar a fost descris și un erizipel *al mucoaselor*; au fost descrise și erizipeluri *flegmonoase* și *gangrenoase*. Deci nu este vorba numai de o dermită. Dacă în activitatea practică diagnosticăm erizipel numai dermitete streptococice, însemnează că vor fi cazuri de erizipel pe care nu le vom diagnostica. Frecvența acestor greșeli de diagnostic nu va fi mare, dar greșelile vor exista.

Personal am comparat un număr de 15 definiții ale erizipelului în diferite cursuri și tratate și trebuie să mărturisesc că majoritatea autorilor au dat definiții fără să țină seama

de regulile care trebuie să stea la baza lor. Unele sînt mai lungi, altele mai scurte, majoritatea sînt incomplete sau greșite. Este însă greu să se dea o definiție precisă, chiar și în această situație, care apare atît de simplă la prima vedere. Erizipelul este plasat în categoria infecțiilor acute specifice. Dacă însă admitem că și alți microbi, în afara streptococului, pot produce erizipelul, atunci nu mai poate fi vorba de infecție specifică. O definiție corectă ar trebui să includă următoarele note esențiale: *infecție locală acută, contagioasă, însoțită de manifestări generale importante, caracterizată prin producerea plăcii erizipelatoase*. Din cele 15 definiții numai în două se menționează producerea plăcii erizipelatoase, a cărui aspect este caracteristic și care este singurul element clinic care permite diferențierea de celelalte infecții locale însoțite de manifestări generale (limfangită, flegmon, celulită acută etc).

Dar și această definiție poate fi criticată ca mod de formulare deoarece definește erizipelul prin producerea unei plăci erizipelatoase. Se comite o greșeală care constă în faptul că noțiunea de definit este în esență identică cu noțiunea care definește. În acest mod se realizează un cerc vicios. Ținînd seama de acest lucru ar trebui să se formuleze astfel definiția: *Erizipelul este o infecție locală acută, contagioasă, însoțită de manifestări generale importante, caracterizată prin producerea unei plăci inflamatorii care prinde tegumentele și care prezintă un burelet caracteristic*. Într-adevăr, elementul cel mai caracteristic pentru erizipel este bureletul, marginea îngroșată a plăcii erizipelatoase. Din definiția pe care o propunem nu trebuie să lipsească această notă care este esențială și necesară noțiunii de erizipel.

Uneori greșelile care se întîlnesc în manuale, în legătură cu definițiile date, sînt grosolane chiar. În manualul de chirurgie (Vol. I. Editura medicală, 1955), de exemplu autorul capitolului respectiv definește hidrozadenita, ca fiind „un furuncul localizat în axilă”. Din punct de vedere logic, se știe că nu pot fi identificate decît noțiunile care exprimă unul și același obiect, adică noțiunile a căror sferă coincide în întregime. Un obiect poate să aibă un mare număr de note, astfel că în unele cazuri el este gîndit prin mijlocirea unui anumit grup de note, alteori prin mijlocirea altui grup de note, dar

obiectul rămîne același. Se poate identifica noțiunea de sindrom Paget-Schrotter cu noțiunea de tromboflebită a membrului superior, deoarece aceste noțiuni se referă la același obiect, iar sferele lor coincid în întregime. Aceleași considerații sînt valabile și pentru noțiunile de flegmație alba dolena sau tromboflebită iliofemurală, de malarie sau paludism, de moniliază sau muguet, de parotidită epidemică sau oreion, de infiltrație grăsoasă a ficatului sau steatoză hepatică, de aerogastrie sau aerofagie. În schimb, un furuncul nu poate fi identificat cu un abces. Hidrozadenita sau abcesul tuberos al axilei este o infecție a glandelor sudoripare, caracterizată prin producerea unei colecții purulente bine delimitată. Ea nu comportă producerea unei necroze locale, care reprezintă una din notele esențiale ale furunculului. Dar, pentru a evita asemenea greșeli, nu este nevoie de studii speciale de logică.

Să luăm acum un exemplu din care să reiese cît de greu este uneori să desprindem notele esențiale ale unui obiect. Pentru o demonstrație mai amplă, am putea compara două noțiuni frecvent întîlnite în practică, una aparținînd unei științe exacte, cealaltă medicinei. Să considerăm deci noțiunea „patrat” și noțiunea „gripă”.

Patratul este o noțiune cu care se operează curent în geometrie. Acest obiect este ușor de definit și ușor de deosebit de celelalte obiecte, deoarece prezintă numeroase note esențiale. Astfel, „patratul este o figură geometrică plană”, „are patru unghiuri”, „laturi egale și unghiuri drepte”, „diagonale egale și perpendiculare între ele”, „laturile sînt paralele două cîte două”, „diagonalele se întretaie la jumătatea lor” etc. Dacă este nevoie avem la dispoziție și alte note, legate între ele, mai vizibile sau mai ascunse: „Orice patrat poate fi înscris într-un cerc”, „în orice patrat se poate înscrie un cerc”, „dintre toate patrulateralele cu un perimetru dat, patratul are aria cea mai mare” etc. Toate acestea sînt note care ne permit să deosebim patratul de toate celelalte obiecte din natură. În practică se pune însă numai problema de a deosebi patratul de alte figuri geometrice. Notele esențiale de mai sus ne permit să îl deosebim cu certitudine de toate figurile geometrice: cub, paralelipiped, ca și de toate

celelalte figuri plane: dreptunghi, triunghi, trapez, romb etc. Trebuie doar să alegem din notele care aparțin patratului pe acelea care îl disting de celelalte figuri. Și acest lucru este simplu deoarece notele menționate mai sus ne permit să formulăm judecăți generale, singulare și universale, din care putem cu ajutorul raționamentelor să tragem concluzii certe.

Cealaltă noțiune, gripa, corespunde unei boli foarte răspândite, pe care o cunoaște toată lumea. Există o bogată documentare asupra acestei boli, de unde putem extrage un mare număr de note care îi aparțin: „este o boală infecțioasă, datorită unui virus”, „este o boală contagioasă”, „este o boală epidemică”, „are o evoluție acută”, „are debutul brusc cu febră, prostrație”, „se însoțește de manifestări respiratorii” etc. Toate acestea sînt note esențiale care aparțin gripei și ne permit să o caracterizăm. Ele rămîn esențiale atunci cînd le folosim ca să distingem gripa de o altă boală, un chist hidatic pulmonar, de exemplu. Dar ele nu mai sînt note distinctive și devin note neesențiale atunci cînd comparăm gripa cu o infecție acută a căilor respiratorii superioare.

Dacă încercăm acum să identificăm printre notele care aparțin noțiunii de gripă o notă esențială care să fie și necesară acestui „obiect”, să nu aparțină deci și altui „obiect” adică altei boli, nu vom găsi nici una. Gripa nu are nici un semn patognomonic. Într-adevăr, nu este singura boală infecțioasă, sînt și alte boli contagioase și epidemice, cu debut brusc și evoluție acută, care se însoțesc de semne respiratorii. În aceste condiții întîmpinăm greutăți în definirea ei, oricît de multe ar fi notele pe care le avem la dispoziție, deoarece aceste note sînt comune și altor boli. Diferențele sînt de ordin cantitativ. De aceea ne este atît de greu uneori ca să diferențiem gripa de alte boli.

Pentru aceasta alegem anumite note și le grupăm în funcție de boala cu care facem comparația. Dar cum să deosebim gripa de o bronșită, cînd știm că bronșita apare frecvent în cursul gripei, între a treia și a cincea zi, sau de o pneumonie ori de o bronhopneumonie, atunci cînd știm că în cursul epidemiilor germenii secundari pot produce complicații pulmonare de tot felul, complicații pleurale, și chiar mediastinale? Desigur, identificarea în laborator a agentului

cauzal sau punerea în evidență a anticorpilor specifici, ar ușura identificarea bolii și deosebirea ei de alte boli. Prin acest mijloc s-ar putea merge mai departe și specifica de ce fel de gripă este vorba. Dar acest mijloc de investigație este legat de un laborator de specialitate, cere timp și în activitatea de spital este de dorit ca bolile să fie identificate cât mai repede și, de preferat, pe baza semnelor clinice.

Sărăcia în note esențiale și necesare a obiectelor pe care le gândim în noțiunile cu care operăm în clinică ne împiedică să formulăm judecăți universale de tipul acelor cu care se lucrează în științele exacte. Acest lucru complică munca clinicianului, dar în același timp îi dă și strălucire. De aceea rezultatele obținute în aceste condiții devin deosebit de valoroase.

Am menționat la începutul acestui capitol că această situație de inferioritate relativă, sub raportul desfășurării gândirii logice, există și în preclinic, la disciplinele fundamentale, dar în mult mai mică măsură. Acest lucru nu mai este cazul să îl exemplificăm. Este suficient să ne gândim la ușurința relativă cu care definim noțiunea „stomac” și la greutatea pe care le întâmpinăm în definirea noțiunii „gastrită”, la ușurința cu care definim noțiunea de „apendice” și cea de „apendicită”, de „presiune a venei porte” și de „hipertensiune portală”. În aceeași ordine de idei putem menționa precizia noțiunii de „presiune arterială” și laturile puțin precise pe care le comportă noțiunea de „hipertensiune arterială”. De asemenea este demnă de relevat ușurința relativă cu care poate fi determinată acțiunea unui ferment digestiv în laborator și complexitatea răspunsului organismului la lipsa sau la excesul aceluiași ferment (pancreatita acută hemoragică).

Dar să revenim la noțiunile cu care operăm în clinică. Unele din aceste noțiuni aparțin vocabularului obișnuit, altele sînt specifice medicinei, cum sînt noțiunile de *simptom* și de *boală*. Și unele și altele se exprimă în cuvinte, dar în timp ce noțiunile din vorbirea curentă nu ridică probleme deosebite, privind conținutul și sfera lor, noțiunile proprii medicinei prezintă unele particularități care merită să fie discutate.

Unul din aspectele cele mai interesante este acela al relațiilor dintre noțiuni după conținut și sferă. Noțiunile cu care operăm în medicină sînt comparabile și în cele mai multe cazuri concordante, adică sferele lor coincid măcar parțial. Sînt foarte numeroase cazurile unde sfera lor coincide în întregime, unde avem de a face, așa cum am văzut, cu noțiuni identice. După părerea mea, în nici o altă știință nu există un număr atît de mare de denumiri care să reflecte același obiect și a căror sferă să coincidă în întregime.

Medicina este o știință la progresul căreia au contribuit și contribuie autori aparținînd tuturor națiunilor, dar faptul că se folosesc noțiuni diferite pentru același obiect îngreuează înțelegerea lucrurilor. Unul din cele mai simple exemple este al *hipertiroidei*. În unele țări această afecțiune este cunoscută sub numele specific de „boala Basedow”, în altele de „boala lui Graves”. I se spune de asemenea și „tireotoxicoză”, sau „gușe exoftalmică”. Această situație poate fi întîlnită practic în toate specialitățile medicale. În materie de gastroenterologie ne putem referi la *cardiospasmul* sau *ileita terminală*. *Cardiospasmului* i se mai spune și *frenospasm*, *megaesofag funcțional*, *strictură esențială cardioesofagiană*, sau *achalazie a cardiei*. Desigur, în acest caz conținutul definiției poate să difere, deoarece se folosesc note diferite pentru caracterizare, dar „obiectul” rămîne același, iar sferele coincid în întregime. În ceea ce privește *ileita terminală*, aceasta este denumită și *enterită regională*, *ileită regională*, *boala lui Crohn*, sau *enterită interstițială*. Or, cînd se folosesc acești termeni nu întotdeauna se are în vedere că este aceeași boală. În cardiologie aceeași boală este denumită *pericardită constrictivă*, *simfiza pericardului*, *pericardită caloasă* sau *sindromul lui Pick*. În patologia infecțioasă se întîlnește adeseori această situație. De exemplu, *mononucleoza infecțioasă* se mai numește și *boala lui Pfeiffer*, *febră ganglionară*, *angină cu monocită* sau *adenolimfoidită acută benignă*. *Bruceloza*, la rîndul ei, este cunoscută și sub denumirile de *melitococcie*, de *febră de Malta*, de *boala lui Bang*, de *febra ondulantă*, de *febră mediteraniană*. Se pare că în acest domeniu recordurile aparțin hematologiei. Iată definițiile a două boli, urmate de

denumirile folosite. Prima este următoarea: „afecțiunea ereditară și congenitală caracterizată prin prezența de globule roșii anormale (sferocite), printr-o anemie hemolitică și un icter acholuric cu splenomegalie”. Această afecțiune este denumită: *icter hemolitic congenital* sau *icter acholuric cronic* sau *icter coluric familial* sau *sferocitoză familială* sau *boala lui Chauffard-Minkowschi*, sau *splenomegalie hemolitică* sau *anemie cu sferocite*. Iată o altă definiție de boală: anemie hemolitică familială caracterizată printr-o splenomegalie considerabilă, prin pusee febrile și decalcificări osoase. În sânge se găsesc hematii „en cible” (în semn de tras la țintă). Acestei afecțiuni îi corespund următoarele denumiri, după țări și după diferiții autori: *anemie mediteraniană*, *thalasemie*, *anemie microcitară familială*, *anemie hemolitică hipocromă ereditară*, *anemie cu hematii în țintă*, *anemie cu „target-cells”*.

Situația este și mai supărătoare când avem de-a face cu diferite sindroame care s-au înmulțit atât de mult în ultimul timp, încât nici cel mai erudit dintre medici nu le poate reține. În aceste condiții, înseamnă că trebuie consultat în mod permanent un dicționar medical deoarece în tratatele obișnuite nu sînt rediate toate denumirile pentru aceste sindroame noi. Progresele pe care le-a făcut medicina au dus la acumularea unui material factic extraordinar de bogat și medicul trebuie să-și însușească un volum de informații mult mai mare pentru exercițiul profesiei sale decît un inginer sau chimist. Și dacă ne gîndim la suprapunerile diferitelor denumiri pentru același obiect ne dăm seama cît de mult se poate complica situația.

Exemplele de mai sus au fost luate dintr-un „vademecum clinic” unde erau rediate cu titlu de sinonime. În realitate dacă analizăm lucrurile mai îndeaproape ne dăm seama că identitatea nu este întotdeauna reală. Astfel, majoritatea autorilor consideră că sindromul lui Pick se referă numai la acele cazuri de pericardită constrictivă la care predomină semnele de compresiune a venei cave inferioare: hepatomegalie, ascită, edeme ale membrelor inferioare. Noțiunea de *sindromul lui Pick* apare astfel ca subordonată față de noțiunea de

pericardită constrictivă. Aceeași observație o putem face și în legătură cu hipertiroiziile. Nu se poate identifica noțiunea de hipertiroidie cu noțiunea de boală Basedow, deoarece nu este vorba de același „obiect” gândit în noțiune, iar sterele nu coincid decât parțial. Noțiunea de hipertiroidie este cu sferă mai largă, în care, în afară de boala Basedow, sînt cuprinse și adenomul toxic și gușile basedowificate. Noțiunea de hipertiroidie este deci supraordinată, iar cea de boală Basedow subordonată. Același raport de subordonare față de noțiunea de hipertiroidie îl prezintă și noțiunile de adenom toxic și de gușe basedowificate. Între aceste două noțiuni din urmă și noțiunea de boală Basedow există un raport de cosubordonare.

În raporturile de ordinare noțiunea subordonată are o sferă mai mică dar un conținut mai bogat. Astfel, sfera noțiunii boală Basedow este în întregime cuprinsă în sfera noțiunii de hipertiroidie, dar noțiunea de boală Basedow are mai multe note esențiale. Astfel sînt, de exemplu, exoftalmia și tremurăturile, care sînt de origine centrală și, ca atare, nu aparțin hipertiroidiei.

Raportul de ordinare a noțiunilor este un raport logic foarte important, pentru că el permite operația de *clasificare*.

Putem în cazul medicinei vorbi de raporturi de la gen la specie? În cazul de mai sus, genul ar fi *hipertiroidia*, specia boala Basedow. Dar se știe că genul și specia sînt caracteristice logice relative. În acest caz, am putea raporta hipertiroidia ca specie față de afecțiunile endocrine care ar reprezenta genul.

În biologie noțiunile de **gen** și de **specie** au însă o altă semnificație, ele sînt caracteristice logice absolute. O clasă de animale care formează genul față de o anumită clasă de animale care este considerată ca specie, nu mai poate deveni specie față de altă clasă de animale. În zoologie și botanică clasificarea pe bază de raporturi de ordinare în gen și specie este posibilă, în medicină însă nu. Au fost făcute asemenea încercări, dar fără succes, deoarece raporturile dintre boli sînt mult mai complexe.

În cadrul noțiunilor **concordante**, în afară de noțiunile identice și de noțiunile **ordinate**, despre care am vorbit, se

pot menționa și noțiunile **încrucișate** în care conținutul diferă, dar sferile coincid parțial. Un exemplu tipic îl constituie noțiunile de *abces microbial* și de *abces de fixare*, de *ocluzie dinamică* și *ocluzie prin bridă*.

Noțiunile mai pot fi considerate și după gradul de abstractizare. În acest caz distingem noțiuni concrete și noțiuni abstracte.

Orice noțiune se realizează pe baza abstractizării, adică a desprinderii notelor esențiale, comune tuturor obiectelor din clasa respectivă și a generalizării acestor note. Dar după ce ne-am ridicat de la obiect pe baza însușirilor comune, constante, procedăm la concretizare, adică trecem de la reflectarea însușirilor generale separate, la reflectarea în gândire a obiectului în totalitatea sa. Astfel se reconstituie întregul obiect sau fenomen dar, de data aceasta, multilateral. În aceste condiții înțelegem de ce simptomele și bolile sînt noțiuni concrete. Plecînd de la bolile pe care le prezintă diferitele persoane, ajungem la noțiunea unei anumite boli, care este și ea concretă pentru că se manifestă prin simptome și poate afecta un individ sau altul. „O boală concretă este numai o stare accidentală și, în general, tranzitorie a unui organism viu” (Săhleanu). În schimb, noțiunea de **morbiditate** sau de **boală**, în general, sînt noțiuni abstracte. În acest caz, nu gîndim în noțiune notele unei anumite boli, ci o proprietate a obiectului (îmbolnăvirea) sau relația dintre obiecte (om sănătos, boală).

O altă problemă care merită să fie menționată aici, ca deosebit de importantă pentru gîndirea clinică, este aceea a **legăturii dintre noțiuni și reprezentări**. În activitatea sa de toate zilele, clinicianul operează foarte des cu reprezentări. În fața unui caz clinic pe care îl examinează, el evocă adeseori cazuri asemănătoare văzute anterior. Reprezentările sînt reflectări intuitive, reproduceri ale contemplării vii, sensoriale a obiectului. Sub formă de reprezentare reînviem imaginea unui cancer de stomac pe care l-am examinat, operat eventual, urmărit în timp, pe cînd în noțiunea de cancer de stomac evocăm tot ce știm despre cancerul de stomac și cum îl deosebim de altceva.

În general, noțiunile se sprijină pe un fond de reprezentări. De altfel, chiar și reprezentările cu timpul devin mai mult sau mai puțin schematice, mai mult sau mai puțin generalizate, dar ele continuă să reflecte intuitiv, mai mult sau mai puțin estompat, caracterele particulare ale obiectului. În aceste condiții reprezentările devin apte să se insereze în structura raționamentelor logice. Acest lucru este deosebit de important în medicină. Experiența unui medic constă tocmai în bogăția fondului de reprezentări pe care el se sprijină în raționamente. Așa cum am văzut în capitolul precedent, medicul uită multe date teoretice, multe noțiuni, dar experiența sa crește, grație unui fond de reprezentări din ce în ce mai bogat. Atunci când gândim cu ajutorul unor noțiuni ne vin în minte și reprezentările obiectelor corespunzătoare. Astfel, de exemplu, când examinăm un bolnav suspect de pancreatită acută hemoragică, reflectăm intuitiv cazurile văzute anterior și experiența acestor cazuri ne ajută în rezolvarea cazului pe care îl avem în față. În aceasta constă superioritatea unui medic cu experiență față de un medic la începutul carierei sale, care se bazează mai mult pe documentarea teoretică.

Reprezentările joacă un rol important în toate domeniile de activitate clinică, dar acest rol este mai important în unele specialități decât în altele. În ortopedie și traumatologie, în dermatologie, de exemplu, reprezentările joacă un rol deosebit de important. Așa se explică cazurile când un personal medical auxiliar cu experiență, fără studii speciale de patologie, reușește diagnostice de finețe, întrecând pe tinerii medici care nu au acumulat încă o experiență clinică suficientă. Oricât de bine ai cunoaște teoretic o dermatoză, ești plin de ezitări dacă nu ai văzut unul sau mai multe cazuri în practică.

Din păcate reprezentările, care își au originea în percepțiile noastre anterioare, reflectă diferitele cazuri patologice cu mai mare sau mai mică claritate, așa cum au fost ele percepute, fără nici o distincție cu privire la notele esențiale sau neesențiale, necesare sau întâmplătoare, generale sau particulare. Este vorba de o reproducere intuitivă în care pot să predominie unele însușiri exterioare, neesențiale ale „obiectului” în cauză. Astfel, de exemplu, una din reprezentările

noastre poate reflecta un caz de apendicită acută care a debutat cu diaree, alta un caz de cancer de stomac cu pofta de mâncare păstrată și stare generală foarte bună, sau un caz de chist hidatic cu febră, leucocitoză și viteză de sedimentare crescută. Or, în noțiunile de apendicită acută, cancer de stomac sau chist hidatic, de ficat, însușirile de mai sus nu reprezintă nicidecum note esențiale, ci trăsături particulare ale cazurilor patologice respective. De aceea, trebuie să fim foarte prudenți atunci când ne folosim de reprezentări în raționamentele pe care le facem, în special în raționamentele prin analogie.

Acestea fiind spuse, putem trece la problema **judecăților** care se formează cu ajutorul noțiunilor și care reflectă legăturile dintre lucruri și însușirile lor. Noțiunile arată ce sînt lucrurile și fenomenele, esența lor, dar nu afirmă nici nu neagă. Judecata este o formă a gândirii în care se afirmă sau se neagă ceva despre ceva. De aici decurge o importantă deosebire a judecății față de noțiune: judecata este întotdeauna sau adevărată sau falsă. Acest atribut are o importanță cu totul deosebit în medicina clinică, unde este pusă de multe ori în joc însăși viața unui individ.

Mai înainte de a arăta care sînt unele particularități ale judecăților cu care operăm în clinică, cîteva generalități apar necesare. Sub aspect logic judecata are o structură care constă dintr-un subiect și un predicat, numiți **termenii judecății**. Unirea subiectului cu predicatul este exprimată de verbul „este”, care poate fi formulat explicit sau numai subînțeles. Iată două exemple „sucul gastric este acid” sau „prognosticul apendicitei perforate este foarte grav”. În prima judecată subiectul logic este „sucul gastric”, iar predicatul logic „acid”. În a doua judecată subiectul logic este „prognosticul apendicitei perforate”, iar predicatul logic „foarte grav”. Din cele de mai sus se vede că subiectul logic este noțiunea despre care se afirmă ceva, iar predicatul logic noțiunea care oglindește însușirea care se afirmă. De asemenea, subiectul logic și predicatul logic nu coincid întotdeauna cu subiectul și predicatul propoziției.

Judecățile se împart *după calitate* în *afirmative* și *negative*. În judecata „chistul hidatic este o boală parazitară” se afirmă originea unei boli, așa cum se procedează în definițiile genetice, în timp ce în judecata „cancerul nu este contagios” se neagă cancerului o anume însușire.

Deosebit de importantă este din punctul de vedere care interesează aici împărțirea judecăților **după cantitate**, în judecăți *singulare, particulare* și *universale*. „Această fractură de rotulă este urmată de îndepărtarea fragmentelor” este o judecată singulară, în care se face o afirmație despre obiectul judecății luat în ansamblu, dar numai despre acest obiect. Acest lucru este important de subliniat. Însușirea sau nota de îndepărtare a fragmentelor se atribuie fracturii de rotulă, dar nu este valabilă pentru fiecare rotulă fracturată în parte. „Unele fracturi de rotulă se însoțesc de îndepărtarea fragmentelor”. Aceasta este o judecată particulară în care se afirmă ceva despre unele obiecte dintr-o clasă de obiecte. Nota de îndepărtare a fragmentelor aparține aici numai unui anumit grup de fracturi de rotulă, din totalitatea fracturilor de rotulă. În fine, judecata „toate fracturile de rotulă se însoțesc de îndepărtarea fragmentelor” este o judecată afirmativă universală, în care afirmația se referă la fiecare obiect în parte din clasa respectivă de obiecte, cu alte cuvinte, se afirmă că îndepărtarea fragmentelor se întâlnește în toate fracturile de rotulă.

În clinică, la patul bolnavului, operăm cu judecăți singulare și particulare. Pe baza acestor judecăți s-a dezvoltat patologia. Dată fiind însă complexitatea proceselor patologice, marea diversitate a manifestărilor clinice, nu s-a reușit decât într-o mică măsură să se treacă de la aceste judecăți, la judecăți universale, a căror valoare în obținerea de cunoștințe noi este mult mai mare.

În dezvoltarea unei științe, judecățile singulare exprimă și fixează cunoștințele despre obiectele studiate individual și pregătesc formularea ulterioară a judecăților particulare și universale. În științele zise exacte, există un mare număr de judecăți universale, din cele mai variate, cu valoare de legi. În medicină, cum am văzut, natura obiectului cunoaș-

terii nu ne permite decât rareori să formulăm judecăți universale. Operăm mai ales cu judecăți particulare, ceea ce trebuie să ne incite la multă prudență în concluziile pe care le tragem.

Toate acestea vor apărea mai clar dacă ne referim la domeniul diagnosticului, care ne interesează aici.

Experiența practică a arătat că infecțiile generale se însoțesc de o importantă reacție a organismului, caracterizată între altele prin semne generale: febră ridicată, frison, puls accelerat. Această constatare a dus la formularea unei judecăți singulare în care s-a atribuit noțiunii de infecție generală, care este subiectul judecății, însușirea de a fi însoțită de o reacție generală, caracterizată prin frison, febră ridicată, puls accelerat, care constituie predicatul judecății. Repetarea acestei constatări de-a lungul anilor, încă în vremea când nu se practicau hemoculturi, a dus la formularea unei judecăți particulare tot de tip afirmativ: „unele infecții generale se însoțesc de o importantă reacție generală, caracterizată prin febră, frison, puls accelerat”. Această judecată are unele particularități. Este vorba de o judecată, în care se generalizează subiectul. Nu mai este vorba de o infecție anume, ci de unele care se aseamănă între ele tocmai prin particularitatea notei menționate în judecată. Predicatul reprezintă o noțiune în care se generalizează o anumită notă, care există la toate obiectele gândite în subiect, dar care poate prezenta grade diferite de intensitate: febra poate fi mai mare sau mai mică, pulsul mai mult sau mai puțin accelerat.

În al doilea rând, este vorba de o judecată particulară, nehotărâtă. Din formularea judecății nu putem trage concluzia că sînt sau nu sînt și infecții generale, care nu se însoțesc de o reacție generală a organismului. Pe de altă parte, nici nu putem preciza dacă infecțiile generale care se însoțesc de reacție generală a organismului reprezintă, majoritatea sau minoritatea obiectelor gândite în subiectul judecății respective. Nedeterminarea cantitativă a acestei judecăți nu ne permite să formulăm, nici măcar pe departe, o judecată numerică, în care să precizăm exact la cîte subiecte se referă nota din predicat.

Problema care se pune acum este a se stabili dacă, pornind de la această judecată particulară nehotărâtă, se poate formula o judecată universală. Acest lucru nu este posibil. Judecata universală afirmativă corespunzătoare ar suna în modul următor: „toate infecțiile generale se însoțesc de o reacție generală a organismului, caracterizată prin febră ridicată, frison, puls accelerat”. Dacă această judecată ar fi adevărată, problema diagnosticului ar fi mult simplificată. Astăzi însă se știe că sînt infecții generale, și din cele mai grave, care nu se însoțesc de o reacție a organismului de tipul menționat mai sus. Frisonul și febra pot lipsi. În cazurile foarte grave poate surveni chiar hipotermia.

Dacă această trecere la o judecată universală afirmativă nu se poate face, putem în schimb transforma judecata noastră particulară nehotărâtă în judecată particulară hotărâtă: „numai unele infecții generale se însoțesc de o reacție generală a organismului...”. Prin aceasta am adus o precizare în sensul că există și infecții generale care nu se însoțesc de reacția organismului menționată mai sus. Mai departe, așa cum am văzut, nu putem merge să formulăm o judecată numerică.

Tot ce am spus mai sus, în legătură cu infecțiile generale este valabil și pentru fracturile de rotulă. Ambroise Paré, în secolul al XVI-lea a afirmat că va da aceleia care îi va prezenta o fractură de rotulă consolidată greutatea ei în aur, pentru că era convins că fragmentele fracturii se îndepărtează în toate cazurile, ceea ce împiedică consolidarea. Astăzi însă se știe că nu în toate cazurile se produce îndepărtarea fragmentelor, că sînt cazuri cînd expansiunile aponevrotice ale rotulei sînt intacte, lucru care determină menținerea contactului celor două fragmente. Această problemă a fost precizată grație aportului examenului radiologic. Pe vremea lui Ambroise Paré în asemenea cazuri, de fractură fără deplasare, se considera că este vorba numai de contuzii ale genunchiului.

Această sărăcie în judecăți universale este, din păcate, o situație caracteristică medicinei clinice. Progresele pe care le-a făcut medicina în ultimul timp, noile posibilități de investigație, nu au rezolvat această problemă. Proporția jude-

căților universale în medicina clinică nu s-a îmbunătățit decât în mică măsură. Mai mult chiar, posibilitățile de eroare au crescut relativ.

Cancerul de stomac constituie un exemplu foarte simplu. Investigațiile de laborator au arătat în cazuri singulare existența unei anaclorhidrii gastrice. Au putut fi astfel formulate judecăți de tip singular: „acest cancer gastric se însoțește de anaclorhidric” și de tip particular nehotărât: „unele cancere gastrice se însoțesc de anaclorhidrie”. Investigația radiologică, la rîndul ei, a arătat existența în cazuri singulare a unei imagini lacunare, de unde judecățile singulare și particulare de tip afirmativ: „acest cancer de stomac se manifestă radiologic prin imagine lacunară” și „unele cancere de stomac se manifestă radiologic prin imagine lacunară”. Aceste judecăți care rezultă din generalizarea unor constatări făcute în activitatea practică de toate zilele ușurează diagnosticul cancerului de stomac. Dar nici una nu poate fi transformată în judecată universală afirmativă. Cît de mult ar fi simplificat diagnosticul în această boală și cîte erori de diagnostic ar fi evitate. Fiecare din noi cunoaște cazuri de cancer de stomac, unde nu s-a precizat diagnosticul din cauză că aciditatea nu era modificată sau din cauza unui examen radiologic negativ.

Într-o judecată universală nota gîndită în predicat este afirmată sau negată despre fiecare obiect din clasa de obiecte gîndite în subiect. Or asemenea situații în medicină nu se întîlnesc decât foarte rar: ca toate cancerele gastrice să fie anaclorhidrice, ca toate să se manifeste radiologic prin imagine lacunară.

Dar, chiar dacă judecățile universale se întîlnesc rar în medicină, ele există. Semnele patognomonice au fost stabilite pe baza unor judecăți universale. Am văzut însă cît de rare sînt aceste semne, iar unii autori le neagă chiar existența. Și aici însă situația medicului care trebuie să tragă concluzii este mai grea decât a unui fizician sau a unui chimist pus într-o situație asemănătoare. Puținele judecăți universale, cu care operează clinicianul sînt judecăți finite și nu judecăți universale infinite, care exprimă cunoștințe mai pro-

funde, caracteristice științelor exacte. De exemplu, în rujeolă, petele de tip Koplik sînt semne patognomonice, ceea ce corespunde următoarei judecăți universale: „toți bolnavii care suferă de o boală infecțioasă și care prezintă semnul Koplik, suferă de rujeolă”. Sau de o altă judecată universală afirmativă: „toți bolnavii care prezintă o claudicație intermitentă tipică suferă de arterită”. Se poate discuta asupra adevărului acestor judecăți. Oricum, însă, ele rămîn judecăți universale finite: nota afirmată în judecată corespunde într-adevăr fiecărui obiect gîndit în subiect, dar aceasta nu însemnează că toate rujeolele se însoțesc de semnul Koplik sau că toți arteriticii prezintă claudicație intermitentă. Notele de mai sus nu aparțin în mod necesar fiecărui caz din bolile menționate mai sus. Or, tocmai faptul că o anumită notă este necesară unui anumit obiect gîndit într-o judecată, că se întâlnește la fiecare din obiectele gîndite, reprezintă caracteristica judecăților universale infinite pe baza cărora se clădesc științele exacte.

Judecățile care au servit ca exemplu mai sus, sînt simple, afirmative. Aceleași concluzii le putem trage și din judecăți singulare, particulare, sau universale negative. Experiența a arătat de exemplu, că una dintre cele mai grave complicații ale ulcerului gastro-duodenal, perforația, evoluează spre peritonită generalizată și spre decesul bolnavului. Vindecarea în aceste cazuri se poate obține prin intervenția chirurgicală. Pornindu-se de la cazuri singulare s-a ajuns la judecata singulară negativă: „un ulcer perforat nu se vindecă spontan”. Aici este vorba de un anumit ulcer, considerat individual. Confirmarea practică a acestei judecăți în numeroase alte cazuri a dus la formularea unei judecăți particulare negative: „unele ulcere perforate nu se vindecă spontan”. De aici însă nu s-a putut trece la formularea unei judecăți universal-negative: „nici un ulcer perforat nu se vindecă spontan”, deoarece tot practica a arătat că în rare cazuri vindecarea este posibilă spontan, prin acoperirea ulcerului de organele învecinate. Mai mult chiar, această ob-

servație a dus la precizarea unei noi metode de tratament, care favorizează acoperirea ulcerului și care este aspirația gastrică (metoda Taylor).

Evoluția spontană spre vindecare a ulcerului perforat este însă cu totul excepțională, iar metoda aspirației comportă riscuri însemnate. De aceea tratamentul chirurgical este indicat în toate cazurile, chiar dacă judecata universală negativă de mai sus nu este adevărată.

De la judecățile negative putem trece la judecățile de negare. Prin aceste judecăți, negăm adevărul unei alte judecăți, afirmativă sau negativă. De exemplu afirmăm: „nu este adevărat că claudicația intermitentă este caracteristică arteritei obliterante a membrelor inferioare”, sau că „nu este adevărat că nici un ulcer perforat nu se vindecă spontan”. În primul caz, judecata negată este adevărată, deci negarea este falsă, în al doilea caz judecata negată este falsă, deci negarea ei este adevărată: „sînt ulcere perforate care se vindecă spontan”.

În medicina clinică, operăm mai mult cu judecăți particulare, afirmative sau negative, formulate pe baza constatărilor singulare din activitatea practică. Din punct de vedere al logicii se știe că negarea adevărului unei judecăți particulare se poate întemeia numai pe o judecată universală. Negarea adevărului unei judecăți particular-afirmative se bazează pe o judecată universală negativă. De exemplu: judecata particular afirmativă: „unele colecistite calculoase acute se complică de perforație”, nu poate fi negată decît de o judecată universală negativă: „nici o colecistită calculoasă acută nu se complică de perforație”. O judecată singulară negativă nu permite negarea în acest caz. Efectiv, faptul că o anumită colecistită acută nu se complică de perforație, nu înseamnă că nici o colecistită acută nu poate prezenta această complicație. La rîndul său, adevărul unei judecăți particulare negativă nu poate fi negat decît printr-o judecată universal afirmată. De exemplu, adevărul judecății „unele procese inflamatorii pulmonare nu se rezorb spontan”, care este o judecată particular negativă, nu poate fi negat decît prin adevărul judecății universal afirmative, „toate procesele inflamatorii pulmonare se rezorb spontan”.

Din cele de mai sus reiese importanța judecăților universale în negarea adevărului judecăților particulare, cu care operează clinicienii. Se știe că orice judecată negativă adevărată poate fi acceptată ca o judecată care dovedește neadevărul unei judecăți afirmative, față de care este în raport de *contradicție* sau de *contrarietate*. Or, penuria judecăților universale ne explică și greutățile pe care le întâmpină clinicianul când uzează de arma negării judecăților, care rămâne unul din cele mai importante instrumente în cunoașterea medicală.

Poziția de inferioritate a medicinei clinice față de științele fundamentale reiese în evidență și din luarea în considerare a altor grupuri de judecăți, cum sînt judecățile de *apartenență*. În aceste judecăți afirmăm sau negăm că o anumită notă aparține obiectului gândit în noțiunea care reprezintă subiectul judecății. De exemplu: „difteria este contagioasă”. În această judecată atribuim difteriei însușirea de a se propaga prin contagiune.

Judecățile de apartenență joacă un rol important în procesul cunoașterii, dar ele au un caracter general. Se afirmă că o notă aparține unui obiect anumit, dar nu se precizează dacă această notă nu aparține și altor obiecte. Acest lucru se formulează în judecățile *inclusive*, în care se arată că nota respectivă nu aparține numai obiectului judecății respective. În acest caz, formularea trebuie să fie alta: „nu numai difteria este contagioasă”. De aici reiese că nota de contagiozitate este proprie și altor afecțiuni.

Sub raportul cunoașterii, cele mai importante sînt însă judecățile *exclusive*, în care este vorba de una sau de mai multe note care aparțin numai obiectului cuprins în judecată. Pe baza acestei particularități putem deosebi un obiect de alte obiecte ale clasei de obiecte la care se referă judecata. Cînd o notă este proprie numai obiectului de care este vorba în judecată, putem trece de la o judecată exclusiv-singulară, la o judecată exclusiv-particulară sau universală. În acest fel, ajungem să definim obiectele cu ajutorul unor judecăți exclusive universale, care ne permit în același timp să le deosebim de alte obiecte. Spre exemplu, cînd se pune problema

să deosebim un patrat de un paralelogram, formulăm următoarea judecată exclusiv-universală: „dintre toate paralelogramele numai patratul are toate unghiurile drepte și toate laturile egale”. Judecata este precisă și clară. În medicina clinică sîntem însă foarte rar în situația de a formula judecăți atît de simple și de clare. În cazul difteriei, ca să formulăm o judecată exclusiv-universală, trebuie să căutăm o altă notă, care să aparțină numai difteriei, deoarece și alte boli sînt contagioase. Am putea alege ca notă noțiunea de *falsă membrană*. Dar false membrane se pot observa și în alte angine. Nici prezența bacilului lui Loeffler nu reprezintă, singură, o notă suficientă și necesară, ci numai în asociație cu noțiunea de angină și noțiunea de falsă membrană. În aceste condiții judecata exclusiv-universală ar trebui formulată în modul următor: „toate anginele cu false membrane și cu bacili Loeffler prezenți sînt angine difterice”. Aceasta este însă o judecată universală finită, care nu poate exprima o lege, deoarece există angine difterice unde bacilul lui Loeffler nu poate fi evidențiat.

În cazul de mai sus, am reușit să formulăm o judecată de apartenență de tip exclusiv-universal. Dar aceasta este o judecată compusă, în ea afirmăm despre obiectul de care este vorba în judecată mai multe note, care constituie un predicat compus. Este vorba deci de o judecată compusă categorică, numită *conjunctivă* deoarece predicatul însumează mai multe note. În alte cazuri, subiectul judecății este compus din mai multe noțiuni, gîndite separat, predicatul rămî-nînd simplu sau compus și el. În acest caz avem de-a face cu judecăți complexe. Spre exemplu: „septicemia și septicopio-emia reprezintă cele două forme clinice principale ale infecției generale”, sau „durerea, roșeața, creșterea temperaturii locale, tumefacția, ca și lezarea funcției, se întîlnesc în procesele inflamatorii și în infecțiile locale”. Tot în cadrul judecăților categorice compuse intră și judecățile *disjunctive* și judecățile de *dividere*. În judecățile disjunctive, ca și în cele conjunctive, se afirmă mai multe note despre obiectul la care se referă judecata, dar aceste note nu aparțin toate obiectului. De exemplu: „evoluția unei apendicite poate fi acută, subacută sau cronică”. În acest caz, numai una din no-

tele enunțate în predicatul judecății aparține obiectului. În ceea ce privește judecățile de dividere, acestea ne permit să clasificăm bolile, să stabilim formele clinice și să clasificăm simptomele.

Toate aceste judecăți compuse intră în categoria judecăților *categorice*, în care se afirmă sau se neagă ceva. Cea-laltă categorie a judecăților compuse o reprezintă judecățile *ipotetice*. Aici se afirmă sau se neagă în mod condiționat ceva despre ceva, se stabilește existența unei anumite dependențe între un obiect sau fenomen și un altul. De exemplu: „dacă se produce ruptura unei sarcini extrauterine, rezultă o hemoragie intraabdominală, care poate pune în pericol viața bolnavei”. Sau o altă judecată ipotetică exclusivă: „dacă un icter mecanic este cauzat de o compresiune a porțiunii terminale a coledocului prin pancreatită cronică, atunci și numai atunci se poate obține vindecarea printr-o operație paliativă de derivație biliară internă”. Judecățile ipotetice, atât cele *neexclusive* cât și cele *exclusive*, pot fi adevărate chiar dacă obiectul judecății este inexistent în realitate. În acest caz judecata trebuie să reflecte exact dependența necesară dintre afirmația făcută în condiția și secvența ei. De exemplu: „dacă compresiunea porțiunii terminale a coledocului ar fi cauzată de un neoplasm de cap de pancreas, atunci vindecarea nu s-ar putea obține numai printr-o operație paliativă”.

Judecățile simple, judecățile compuse, categorice sau ipotetice, reprezintă uneltele de care se folosește medicul în operațiile de gândire clinică, mai ales atunci când urmărește să precizeze diagnosticul. Acestea rămân însă numai uneltele. Manevrarea lor se face cu ajutorul raționamentelor, despre care ne vom ocupa în continuare.

Raționamentul este un procedeu de gândire prin mijlocirea căruia pornind de la o judecată inițială sau de la mai multe judecăți, obținem o cunoștință nouă. Diagnosticul clinic nu este altceva, sub aspect logic, decât o cunoștință nouă dedusă dintr-un șir întreg de judecăți și raționamente. Să vedem acum câteva tipuri de raționamente.

Dacă luăm în considerare caracterul cunoștinței deduse, pot exista raționamente *de probabilitate* și raționamente *de certitudine*. În medicina clinică operăm îndeosebi cu raționamente *de probabilitate*.

În fond, în operația rațională de formulare a diagnosticului căutăm să adunăm cât mai multe note prin care caracterizăm „obiectul”, adică procesul patologic, după care încercăm să îl situăm în cadrul patologiei. Cu alte cuvinte, căutăm să identificăm un obiect și să-l încadrăm într-o anumită clasă. Pentru aceasta comparăm boala pe care o prezintă persoana supusă examinării cu una sau mai multe boli descrise în patologie. În operația de gândire logică pe care o efectuăm ne folosim de judecăți și de raționamente. Pentru a obține cunoștințe noi certe, trebuie să uzăm de raționamente *de certitudine*. Acestea însă nu pot fi efectuate decât pornind de la judecăți adevărate, cu valabilitate universală și respectând regulile raționamentelor de care uzăm. Or, în medicina clinică, operăm în cea mai mare măsură cu judecăți simple sau compuse, singulare sau particulare și numai în mod excepțional cu judecăți universale. În aceste condiții concluziile pe care le tragem sînt numai cunoștințe probabile. Există, desigur, posibilități de a transforma o cunoștință probabilă într-o cunoștință certă prin noi raționamente, dar certitudinea nu este obținută în toate cazurile, iar atunci cînd este obținută, ea se obține, în general în etapa finală a șirului nostru de raționamente. Asupra acestei probleme deosebit de importante o să revenim, mai detaliat.

După orientarea procesului de inferență distingem raționamente *inductive*, *deductive* și *traductive*. În raționamentele inductive se trece de la o cunoștință cu un grad anumit de generalitate la o cunoștință nouă, cu un grad de generalitate mai mare. În medicina clinică aceste raționamente ne permit trecerea, în cursul elaborării diagnosticului pozitiv, de la simptom la boală. În raționamentele deductive trecem de la o cunoștință de un anumit grad de generalitate la o cunoștință nouă, cu un grad de generalitate mai mic. Acest procedeu se folosește mai ales în elaborarea diagnosticului diferențial, cînd trecem de la o boală sau de la mai multe boli

luate în general, ca noțiuni abstracte, la boala concretă pe care o prezintă bolnavul. În raționamentele traductive se trece de la o cunoștință de un anumit grad de generalitate la o cunoștință nouă cu același grad de generalitate. Acest tip de raționament este mai puțin folosit în clinică.

După modul cum sînt alcătuite, raționamentele se împart în simple și compuse. Raționamentul simplu nu poate fi descompus în alte raționamente, mai simple, în timp ce raționamentul compus este format din mai multe raționamente simple.

O altă împărțire a raționamentelor, foarte importantă pentru cele ce urmează, este aceea care ține seama de numărul premiselor; raționamente *nemijlocite* sau *directe* și raționamente *prin mediere* sau *indirecte*. În primul caz concluzia se trage dintr-o singură premisă, în al doilea din mai multe. În medicina clinică, datorită specificului acestei activități, uzăm cu precădere de raționamente directe, nemijlocite și mai puțin de raționamente mediate, care se bazează pe două sau mai multe premise.

Un tip de raționament mediat este *silogismul*, despre care este necesar să spunem cîteva cuvinte, deoarece este un procedeu de gîndire logică foarte mult folosit în știință pentru obținerea de cunoștințe noi, certe.

Silogismul este un raționament prin mediere în care concluzia se trage pornindu-se de la două premise. Dacă aceste premise sînt adevărate obținem, cu condiția ca să respectăm anumite reguli, o cunoștință adevărată. Aceasta înseamnă că orice silogism este un raționament de certitudine, lucru extrem de prețios în gîndirea clinică.

În alcătuirea silogismelor putem uza de diferite tipuri de judecăți: judecăți *de relație*, judecăți *disjunctive* sau *ipotetice*. Două judecăți constituie *premisele*, iar *concluzia* reprezintă judecata nouă, pe care o obținem din efectuarea corectă a silogismului.

Noțiunile care intră în componența silogismului se numesc *termeni*. Ei sînt în număr de trei: termen *major* și *minor*, care intră într-o singură premisă fiecare și amîndoi în

concluzie, și termen mediu care intră în fiecare din premise, dar care nu mai intră în concluzie. De exemplu:

Toate perforațiile gastrice se complică de peritonită.
Ulcerul perforat este o perforație gastrică.

Deci ulcerul perforat se complică de peritonită.

În acest silogism distingem o premisă majoră, care este o judecată universală. Termenul mediu este noțiunea „toate perforațiile gastrice”, iar termenul major „se complică de peritonită”. Premisa minoră este o judecată afirmativă, în care termenul minor este noțiunea „ulcer perforat.” Termenul mediu este subiect în premisa majoră și predicat în premisa minoră. În concluzie termenul mediu lipsește, termenul minor este subiect, iar termenul major — predicat. Silogismul este construit în conformitate cu *figura întâi* a silogismului, în care premisa majoră este întotdeauna universală iar premisa minoră afirmativă. Adevărul concluziei este deci condiționat în acest caz numai de adevărul judecăților de premisă.

În premisa minoră se afirmă că ulcerul perforat este o perforație gastrică. Lucrul este adevărat, deoarece soluția de continuitate la nivelul peretelui gastric constituie nota esențială și necesară a ulcerului perforat. În ceea ce privește judecata din premisa majoră, ea apare adevărată la prima vedere. Practica a arătat că ulcerul perforat se complică de peritonită, a cărei evoluție știm că este foarte gravă. Dar există, am văzut, și ulcere acoperite care se pot vindeca spontan. Și în aceste cazuri se produce o reacție peritoneală, limitată desigur, dar aceasta poate oare fi numită peritonită? Apoi rămân ulcerele penetrante, unde perforația se face pe un organ învecinat, unde nu se mai stabilește o legătură între cavitatea gastrică și cavitatea peritoneală.

Silogismul nostru nu este deci exact, deoarece judecata din premisa majoră nu este o judecată cu valabilitate universală. Astfel, judecata nouă din concluzie, deși valabilă pentru majoritatea cazurilor, nu este întotdeauna adevărată.

Dar să luăm câte un exemplu și din celelalte figuri ale silogismului. Iată cum se prezintă aceste figuri :

M _____ P	P _____ M	M _____ P	P _____ M
S _____ M	S _____ M	M _____ S	M _____ S

În figura întâi am văzut că termenul mediu este subiect în premisa majoră și predicat în premisa minoră. În ceea ce privește regulile acestui silogism sînt următoarele :

- premisa majoră este întotdeauna universală ;
- premisa minoră este afirmativă.

De exemplu :

Toate tumorile mamare bine încapsulate sînt tumori benigne.

Fibronul mamar este o tumoră bine încapsulată.

Deci fibronul mamar este o tumoră benignă.

În figura a doua termenul mediu este predicat în ambele premise. Regulile acestui silogism sînt următoarele :

- premisa majoră este întotdeauna universală ;
- premisa minoră este negativă.

Iată un exemplu de acest gen :

Toți bolnavii suferind de tetanos prezintă un trismus.

Cazul examinat nu prezintă trismus.

Deci cazul examinat nu suferă de tetanos.

În figura a treia, termenul mediu este subiect în ambele premise. Regulile sînt următoarele :

- premisa minoră este afirmativă ;
- concluzia este întotdeauna o judecată particulară.

Iată un exemplu :

Toate septicopioemiile se complică cu supurații metastatice.

Toate septicopioemiile sînt infecții generale

Deci unele infecții generale se complică cu supurații metastatice.

În ce privește figura a patra, aceasta nu este decît prea puțin folosită în vederea obținerii de cunoștințe noi. De aceea nici nu este necesar să o exemplificăm.

În diagnosticul diferențial, ori de cîte ori avem posibilitatea, ne folosim de silogisme, deoarece ne permit să obținem concluzii certe. Acest lucru trece de multe ori neobservat și în discuțiile pe care le purtăm la patul bolnavului limbajul nostru nu are nimic artificial. În fond, nu facem altceva decît să folosim silogisme prescurtate, în care se omite una din premise, sau chiar concluzia.

Iată cîteva exemple :

- Acest bolnav nu prezintă semne de iritație peritoneală. Deci nu este vorba de un ulcer perforat.
- În acest caz nu este vorba de un tetanos deoarece lipsește trismusul.
- Este vorba de o septicemie deoarece a apărut o localizare metastatică.

În toate aceste cazuri s-a omis una din premise. Se poate însă omite și concluzia : „cancerul hepatic este una dintre cele mai grave localizări ale bolii canceroase, în fața căreia sîntem de cele mai multe ori neputincioși. Acest bolnav prezintă cancer de ficat”.

Silogisme prescurtate, ca în exemplele de mai sus, se numesc *entimeme*. În practică, la patul bolnavului, noi operăm numai cu entimeme, fie că este vorba de silogisme simple, sau de polisilogisme. Polisilogisme sînt lanțuri de silogisme, în care concluzia silogismului anterior devine premisă în silogismul următor. Iată două exemple de polisilogisme complete :

1. Toate extravazările de sînge în derm, care nu dispar la vitropresiune sînt peteșii.
Acest bolnav prezintă extravazate de sînge în derm, care nu dispar la vitropresiune.
 Deci acest bolnav prezintă peteșii.
2. Acest bolnav prezintă peteșii.
Toate peteșiile sînt manifestări de purpură.
 Deci acest bolnav prezintă o purpură.

În vorbirea de toate zilele noi spunem mai simplu: „extravazatele de sânge în derm sînt peteșii. Acest bolnav prezintă peteșii. El suferă de purpură”.

Polisilogismul de mai sus este progresiv, deoarece concluzia primului silogism devine premisa majoră în cel de al doilea. În polisilogismele regresive concluzia silogismului precedent devine premisă minoră a silogismului următor. Iată un exemplu și de acest gen:

1. Toate purpurele care se însoțesc de diminuarea numărului de trombocite sînt purpure trombopenice.
Această bolnavă prezintă o diminuare a numărului de trombocite.

Deci această bolnavă prezintă o purpură trombopenică.

2. Toate purpurele trombopenice care nu sînt secundare sînt esențiale.
Această bolnavă nu prezintă o purpură trombopenică secundară.

Deci această bolnavă prezintă o purpură trombopenică esențială.

3. Purpura trombopenică esențială se numește boala Werlhoof.
Această bolnavă prezintă o purpură trombopenică esențială.

Deci această bolnavă suferă de boala Werlhoof.

4. În toate bolile Werlhoof este indicat tratamentul cu ACTH și cortizon.
Această bolnavă suferă de boala Werlhoof.

Deci la această bolnavă este indicat tratamentul cu ACTH și cortizon.

Desfășurarea raționamentelor după modul de mai sus, la patul unei bolnave, ar aduce puțin a pedanterie. În vorbirea curentă, ne exprimăm mult mai simplu, omițînd unele premise, de obicei aceea care se repetă: „la examenul de laborator s-a găsit o diminuare a numărului trombocitelor. Este deci un caz de purpură trombopenică. Cum nu este vorba de

manifestări secundare, cazul se încadrează în categoria purperei trombopenice esențiale a lui Werlhooft, unde este indicat tratamentul cu ACTH și cortizon". În acest mod, se face un șir de raționamente, care ne duce progresiv spre stabilirea diagnosticului și a indicației terapeutice. La patul bolnavului însă argumentația este mai susținută. Când spunem că nu este vorba de manifestări secundare înseamnă că am discutat și eliminat succesiv, prin examen clinic și de laborator, hipersplenismul, infecțiile și intoxicațiile, alergiile medicamentoase, iradiația, eventualele infiltrații ale măduvei osoase prin leucemie sau metastaze. Pe de altă parte, nu ne limităm la analizarea unei singure manifestări a bolii, trombopenia. Analizăm în același mod și celelalte manifestări, care în cazul de față sînt note esențiale și ele: alungirea timpului de sîngerare, lipsa de retracție a cheagului, semnul garoului. Pe baza acestor semne, noi discutăm sindromul hemogenic complet. Toată această discuție, care ne permite diagnosticul pornește de la existența unor semne clinice caracteristice: peteșii, echimoze, sîngerări ale mucoaselor.

Situația este relativ simplă în acest caz deoarece boala pe care o discutăm are numeroase note esențiale și necesare: peteșii, trombopenie, iretractilitatea cheagului, semnul garoului. Dispunem, de asemenea, de mijloace precise de a stabili dacă este vorba de o purpură trombopenică constituțională și nu secundară examinînd frotiul de măduvă osoasă și punînd în evidență hiperplazia megacariocitară. Iar pentru a face o analiză completă a cazului, discutăm și celelalte note, care nu sînt esențiale: rezultatele coagulogramei, tabloul sanguin etc.

Din păcate, sărăcia în note esențiale și necesare a multor procese patologice ne reduce posibilitatea de a formula judecățile universale de care avem nevoie în raționamentele deductive de tipul silogismului. În clinică, am văzut că operăm mai mult cu judecăți particulare. Or, se știe că prima regulă a premiselor cere să nu folosim judecăți particulare: din două premise particulare nu putem trage nici o concluzie. O altă regulă spune: dacă una din premise este particulară nu se poate trage o concluzie universală.

Același lucru reiese și din analiza *figurilor* și a *regulilor* silogismului. Am văzut că figurile diferă după poziția termenului mediu în premise, dar în toate silogismecele cel puțin una din judecățile din premise trebuie să fie universală. Cum să uzăm atunci de silogisme dacă sînt boli în care practic nu sîntem în măsură să formulăm nici măcar o singură judecată universală certă?

Dar chiar și avînd la dispoziție judecăți universale adevărate pentru a trage o concluzie adevărată din raționamente, trebuie să folosim forme logice corecte, adică să respectăm regulile silogismelor. Iată un caz de greșeală în figura întâi a silogismului:

Toate cancerelor viscerale comportă un prognostic grav.
Bolnavul X nu are cancer visceral.

Deci bolnavul X nu are prognostic grav.

Concluzia nu este adevărată deoarece regula acestui silogism prevede că premisa minoră să fie afirmativă pentru a obține un adevăr în concluzie. Bolnavul, efectiv, poate prezenta și o altă afecțiune viscerală cu prognostic grav. Formularea corectă ar fi următoarea:

Toate cancerelor viscerale comportă un prognostic grav.
Bolnavul X prezintă un cancer visceral.

Deci bolnavul X prezintă un prognostic grav.

De data aceasta concluzia este adevărată. Exemplul următor oferă o greșeală în legătură cu figura a doua a silogismului:

Toate trombozele de bifurcație de aortă se însoțesc de lipsa oscilațiilor la cele două membre inferioare.

Bolnavul X prezintă lipsa oscilațiilor la membrele inferioare.

Deci bolnavul X are tromboză de bifurcație de aortă.

Din punct de vedere logic, această concluzie nu este adevărată. Cînd termenul mediu este predicat în ambele premise, ceea ce este cazul în figura a doua a silogismului, premisa minoră trebuie să fie o judecată negativă. Raționamentul corect este următorul:

Toate trombozele de bifurcație de aortă se însoțesc de lipsa oscilațiilor la membrele inferioare.

Bolnavul X nu prezintă lipsa oscilațiilor la cele două membre inferioare.

Deci bolnavul X nu are tromboză de bifurcație de aortă.

Acum concluzia este adevărată în toate cazurile. Și acest lucru este de înțeles. Absența oscilațiilor se poate datora și unei embolii a bifurcației aortei sau unei tromboze a celor două artere iliace, deci nu este numai decît urmarea unei tromboze localizate la bifurcația aortei.

Exemplul de mai sus ne arată și posibilitatea de a uza de silogisme pentru a infirma o judecată afirmativă. În diagnosticul diferențial sîntem, foarte des, în această situație. Practic o putem face sub forma de entimemă: „bolnavul X prezintă oscilații normale la membrele inferioare, deci nu suferă de tromboză a bifurcației aortei”.

Pentru a infirma o judecată universală se poate recurge la figura a treia a silogismului, în care termenul mediu este subiect în ambele premise. În acest mod, putem infirma, de exemplu, afirmația lui Ambroise Paré că nici o fractură de rotulă nu se poate vindeca spontan.

Fracturile fără deplasare se pot vindeca spontan.

Fracturi fără deplasare pot fi fracturile de rotulă.

Deci unele fracturi de rotulă se pot vindeca spontan.

În elaborarea diagnosticului ne putem folosi și de alte tipuri de raționamente, care ne permit să obținem concluzii certe: raționamente *disjunctive*, raționamente *ipotetice*, raționamente *de relație*. Aceste raționamente se pot combina între ele, se efectuează după numeroase moduri și cer să se respecte anumite *reguli* pentru obținerea unor concluzii adevărate. Altfel, concluzia este falsă. Cîteva exemple sînt utile pentru a arăta cîtă prudență se cere cînd efectuăm aceste raționamente în vederea demonstrării exactității unui diagnostic.

În raționamentele disjunctive, una dintre premise este o judecată disjunctivă, iar cealaltă premisă și concluzia sînt judecăți categorice.

Edemul în pelerină se datorește ori unei compresii din afară, ori unei tromboze a venei cave superioare.

Acest edem în pelerină se datorește unei compresiuni din afară a venei cave superioare.

Deci acest edem în pelerină nu se datorește unei tromboze a venei cave superioare.

Același raționament poate fi efectuat și în alt mod.

Edemul în pelerină se datorește ori unei compresiuni din afară, ori unei tromboze a venei cave superioare.

Acest edem în pelerină nu se datorește unei compresiuni din afară a venei cave superioare.

Deci acest edem se datorește unei tromboze a venei cave superioare.

Amîndouă aceste raționamente sînt corecte deoarece notele cuprinse în judecățile disjunctive se exclud reciproc. Al doilea mod de formulare al raționamentului este însă mai valoros deoarece concluzia este pozitivă, se arată ce este obiectul care ne interesează, în cazul de față o tromboză a venei cave superioare. Dacă însă notele cuprinse în judecata disjunctivă nu se exclud, concluzia va fi falsă. Iată un exemplu: Edemul în pelerină este produs ori de o tromboză a venei cave superioare, ori de o compresiune prin tumoră mediastinală, ori de o compresiune prin cancer bronșic.

Acest edem în pelerină nu este produs nici de o compresiune prin tumoră mediastinală, nici de o compresiune prin cancer bronșic.

Deci acest edem în pelerină este produs de o tromboză a venei cave superioare.

... Această judecată este falsă, deoarece notele cuprinse în judecata disjunctivă nu se exclud. Și un anevrism de aortă toracică poate determina compresiunea venei cave superioare, dar această notă nu este trecută în premiză.

Iată un exemplu:

Un accident de blocaj al genunchiului poate fi produs fie de o leziune meniscală, fie de un corp străin intraarticular. Acest bolnav nu prezintă corp străin intraarticular.

Deci accidentul de blocaj al genunchiului se datorește leziunii meniscale.

Concluzia raționamentului de mai sus este falsă, deoarece accidentul de blocaj poate fi determinat de interpunerea între suprafețele articulare a unei franje sinoviale. Premisa disjunctivă nu epuizează deci toate notele aparținând obiectului.

În raționamentul ipotetic ambele premise și concluzia sînt judecați ipotetice. Grație acestui raționament, se poate stabili existența mai multor fenomene în realitate. Iată un exemplu :

Dacă bolnavul are un anevrism de aortă, atunci evoluția acestuia se complică de ruptură.

Dacă evoluția se complică de ruptură, prognosticul este fatal.

Deci dacă bolnavul are un anevrism de aortă prognosticul este fatal.

Raționamentele ipotetice și disjunctive se combină adeseori în raționamente compuse. Astfel, pot fi folosite : raționamente *disjunctiv-ipotetice* și raționamente *ipotetice categorice*. În ceea ce privește raționamentele de relație, de *egalitate* sau de *grad*, acestea nu se folosesc decît prea puțin în medicină.

Toate aceste raționamente, dacă sînt efectuate corect, duc la concluzii certe. Ele sînt toate raționamente *deductive*. Numai ele au calitatea de a ne conduce în mod necesar la adevăr. Aceste raționamente, începînd cu silogismele și terminînd cu cele mai complexe raționamente deductive, nu pot fi folosite în mod conștient fără studierea logicii. Dar, clinicianul gîndește în mod obișnuit corect, fără să fi studiat logica. El folosește raționamente mai simple, care nu duc însă decît la concluzii probabile. Acestea sînt raționamentele *inductive*.

În raționamentele inductive se ajunge la o concluzie generală pornindu-se de la cazuri individuale. Ceea ce încearcă clinicianul atunci cînd studiază un bolnav este să desprindă dintre toate manifestările pe care le prezintă acesta, acele însușiri sau note care sînt esențiale. Pe baza acestor note

el formulează judecățile și se folosește apoi de raționamente pentru a trage o concluzie generală. Acest procedeu, inducția, servește în clinică la elaborarea diagnosticului pozitiv. Diagnosticul diferențial se elaborează, cu precădere prin raționamente deductive. În acest caz inferența coboară de la general la particular. Diferența între aceste două tipuri de raționamente nu constă însă numai în orientarea procesului de inferență, a mișcării gândirii, de la particular la general, în primul caz, de la general la particular, în cel de-al doilea. Diferența esențială rezidă în faptul că cele două raționamente se desfășoară în planuri diferite. *Inducția reprezintă o trecere de la planul senzorial la cel rațional, de la fapte la concepte, în timp ce deducția este o mișcare de la concepte la concepte, deci o mișcare exclusiv în plan logic, rațional.*

Raționamentul inductiv pornește de la fapte. În cazul nostru faptele sînt simptomele pe care le prezintă bolnavul și pe care noi le percepem senzorial. Prin mijlocirea percepției aceste fapte sînt reflectate în judecăți, iar din judecăți, prin gândire, se desprinde generalul, adică esențialul judecăților particulare. Prin acest proces de abstractizare și generalizare s-a constituit patologia, care este știința bolilor. În aceasta constă valoarea gnoseologică a inducției. În materie de diagnostic pornind de la judecăți particulare, bazate pe manifestările clinice percepute prin simțuri urmărim să ajungem prin inducție, adică prin logic, la stabilirea naturii bolii. Diagnosticul, care e un adevăr nou, nu este de ordin senzorial, ci conceptual. În mișcarea de la simptome, adică de la fapte, la idei, apoi, de la idei la idei, în cursul elaborării diagnosticului, teritoriul inducției se restrînge, iar cel al deducției se lărgeste. Raționamentul inductiv constituie baza de pornire, el oferă materialul cu care se operează în raționamentele deductive. Este evident, în aceste condiții, că fără cunoașterea aprofundată a simptomatologiei pe care o prezintă bolnavul, pe de o parte, a cunoașterii patologiei, pe de altă parte, nu se poate efectua interferența logică, destinată să ducă la stabilirea diagnosticului.

Urmează să vedem acum, sub aspect practic, care sînt elementele de la care pleacă medicul și modul cum construiește diagnosticul. Punctul de plecare al diagnosticului îl

constituie manifestările clinice ale bolii. Medicul le înregistrează în cursul interogatoriului și al examenului pe care îl practica. Interogatoriul poate furniza date importante asupra debutului și evoluției bolii care, în multe cazuri, orientează imediat spre diagnostic. Urmează apoi evaluarea semnelor bolii a căror valoare rămâne însă inegală. De cele mai multe ori interogatoriul și examenul bolnavului permit recoltarea unui număr suficient de semne pentru a formula o ipoteză sau mai multe ipoteze de diagnostic. Sînt situații cînd, de la început, medicul identifică unul sau mai multe semne caracteristice, pe care le grupează apoi, ceea ce îi permite să formuleze o singură ipoteză, care apare ca foarte probabilă. În aceste cazuri forma de raționament folosită este inducția. De la particular, care este simptomul, medicul ajunge la general, reprezentat de diagnosticul bolii, prin judecăți din cele mai simple.

Iată un exemplu. O persoană este adusă de urgență într-un serviciu de traumatologie. Este vorba de un bătrîn de 75 de ani, care a alunecat pe marginea covorului și a căzut. A prezentat imediat o impotență funcțională totală a unuia din membrele inferioare. La examen, primul lucru care impresionează este rotația extremă a piciorului. Apoi, examenul permite înregistrarea altor semne dintre care reținem numai durerea provocată în regiunea inghino-crurală și scurtarea membrului. Durerea sus localizată, impotența funcțională totală, rotația externă și scurtarea de membru, iată cîteva semne care fiecare orientează spre diagnosticul de fractură de femur. Gruparea lor, faptul că au survenit la o persoană în vîrstă după un traumatism minim, fac aproape sigur diagnosticul de fractură de col de femur.

Semnele de mai sus sînt sub aspect logic, note esențiale ale noțiunii de fractură de col femural.

Trecerea în acest caz de la particular la general prin inducție este foarte simplă, deoarece este vorba de semne caracteristice. Un medic cu experiență formulează diagnosticul imediat, înainte chiar ca bolnavul să se fi dezbrăcat, în momentul în care ajunge în prezența lui. Dar metoda de gîndire

care îl ajută, să formuleze diagnosticul în acest caz este, cum am văzut, metoda deductivă. Cum decurge raționamentul în aceste condiții?

Medicul știe că sînt multe cauze care pot condiționa faptul că un bătrîn care a căzut nu se mai poate ridica. El însă își spune că, dacă ar fi fost o cauză de ordin general, o hemoragie cerebrală, de exemplu, bolnavul nu ar fi fost adus într-un serviciu de traumatologie. De aici deduce că este vorba de un traumatism. De altfel, acesta este primul lucru pe care îl află la interogatoriu. Dar ar putea să fie vorba de o fractură de coloană vertebrală, de o fractură de coapsă sau de gambă. Medicul însă află că bolnavul a alunecat numai pe covor, că este deci vorba de un traumatism puțin important. El știe că odată cu vîrsta se produce o importantă decalcificare în regiunea cervico-trocanteriană a femurului, că aceasta devine o zonă de mică rezistență unde fractura se produce foarte ușor. Este deci normal ca el să se gîndească în primul rînd la această eventualitate. Ipoteza care este deja formulată devine și mai probabilă cînd observă că bolnavul nu poate mobiliza deloc membrul inferior și că piciorul este în rotație externă.

În acest caz, medicul a pornit de la teze de ordin general, reprezentate prin evaluarea cauzelor care pot duce la impotența funcțională a unui membru, de la considerații asupra fracturilor de femur, în general, pentru a ajunge la concluzia particulară care este diagnosticul de fractură de col femural, la bolnavul examinat.

În elaborarea unui diagnostic, medicul poate deci folosi atît inducția cît și deducția care, după cum știm, sînt forme deosebite de investigare, dar care nu sînt independente, izolate una de alta. În cazul de mai sus s-a ajuns la diagnostic în urma unor raționamente, unele bazate pe inducție, altele pe deducție, care în general se suprapun în cursul operației de gîndire logică pe care o face medicul.

Aici putem deschide o paranteză. La diagnostic se poate ajunge și printr-o altă metodă, prin *analogie*. Asupra analogiei, ca metodă de lucru pentru medic, nu s-a scris și considerăm că această problemă merită, în parte cel puțin, să fie clarificată.

În vorbirea curentă prin analogie se înțelege asemănarea care se face între două sau mai multe obiecte. Astfel înțelegem analogia se bazează pe comparație. Medicul a mai văzut cazuri asemănătoare de fractură de col de femur, se gîndește și în situația de față la această posibilitate. El operează cu reprezentări care, cum am văzut, constituie acumulări de experiență practică. Deci, medicul compară unul sau mai multe cazuri văzute cu cazul pe care îl examinează. Comparația nu reprezintă însă, strict vorbind, o inferență logică. Ea nu ne permite să tragem o concluzie certă din confruntarea a două obiecte sau fenomene. Dar ea este foarte utilă. Patologia oferă medicului numeroase cunoștințe, dar acestea trebuie confruntate cu practica pentru a fi bine însușite. Noțiunile despre boli pe care le oferă patologia sînt artificiale. Ele reprezintă o reconstituire în minte a bolii pe baza caracteristicilor generale ale proceselor patologice, sesizate pe treapta senzorială a cunoașterii.

În unele cazuri, însă, chiar dacă avem multe cunoștințe din patologie asupra unei boli, nu avem totuși o idee exactă despre ea. Oricît de bine ar fi descrise actinomicoza sau faciesul parkinsonian, medicul nu le va vedea clar decît dacă le-a întîlnit în practică. Desigur, ca orice om de știință, medicul își poate forma „modele intuitive” pe baza cunoștințelor teoretice, dar rareori acestea corespund în practică. Un student care nu a văzut nici o luxație de umăr își poate forma un model intuitiv relativ ușor, deoarece această afecțiune prezintă numeroase însușiri particulare, caracteristice, ușor de imaginat și de reținut (deformație în epolet, depresibilitate subacromială, braț blocat în abducție, perceperea capului humeral în axilă, mișcările cotului care se transmit extremității superioare a humerusului etc.). În fața unui caz clinic, medicul va putea pune diagnosticul de luxație a umărului fără să fi văzut nici un caz înainte. Este însă mult mai greu să-ți formezi un model intuitiv despre un eritem polimorf, despre o placă erizipelatoasă, sau despre conformația petelor pigmentare într-un sindrom Albricht.

În aceste condiții se înțelege valoarea deosebită pe care o are pentru medic fondul de reprezentări, care îl ajută în analogii. Sub aspect logic însă prin analogie se înțelege un

anumit tip de raționament. Se pornește de la asemănarea între două obiecte, bazată pe existența unui grup de note comune, și se caută asemănarea și în privința unui alt grup de note, care există în primul obiect, dar nu se știe dacă există și în al doilea. Acest tip de raționament, folosit în logică pentru identificare, nu are însă decât un caracter de probabilitate.

Ceea ce face medicul este însă altceva. El compară un obiect pe care îl reproduce intuitiv, de la care a reținut unele aspecte care i s-au părut mai caracteristice. El nu are deci posibilitatea de a adânci confruntarea obiectelor supuse analogiei, deoarece unul din ele este evocat doar sub formă de reprezentare. În aceste condiții, gradul de probabilitate al raționamentului medical prin analogie este și mai redus.

Analogia rămîne însă utilă pentru medic. Ea îl poate ajuta în precizarea diagnosticului, îl orientează în gîndire, îi permite să formuleze ipoteze. Oricum, însă, verificarea este de rigoare, deoarece riscul de greșeală este foarte mare. Trebuie precizat că analogia poate duce la greșeli nu numai în materie de diagnostic, ci și cu privire la evoluția și prognosticul bolii. „Din păcate, impresia clinică pentru medicul cu memorie slabă reprezintă ultimele două sau trei cazuri pe care le-a văzut”, spune cu foarte multă dreptate, Beecher.

Dar să revenim la fractura noastră de col de femur. Situația descrisă este atît de caracteristică încît, așa cum am văzut, medicul poate pune diagnosticul imediat. În asemenea situații se vorbește de diagnostic intuitiv și mulți autori au căutat să speculeze această situație pentru a trage unele concluzii de ordin idealist. În cazul nostru diagnosticul poate fi pus imediat deoarece situația patologică este simplă, sub raport diagnostic, și un medic cu experiență o poate clarifica imediat. Nu este însă vorba de un diagnostic pus în afara legilor logicii, fără participarea rațiunii. Îndărătul acestui diagnostic trebuie să vedem cunoștințele medicului, experiența lui, capacitatea lui de a gîndi repede. Ceea ce am spus în legătură cu simțul clinic rămîne valabil și aici.

În fine există și alte metode de diagnostic pe care le foloseau predecesorii noștri, dar care nu mai prezintă astăzi decât un interes istoric. Așa de exemplu diagnosticul zis Ex

Juvantibus și diagnosticul *E Nocentibus*. Primul e un diagnostic pe care îl confirmă efectul bun al terapiei aplicate. Astfel, altă dată un diagnostic *Ex Juvantibus* era diagnosticul de sifilis ca urmare a acțiunii favorabile a tratamentului cu mercur, sau de malarie, când vindecarea se obținea prin chinină. În diagnosticul *E Nocentibus*, precizarea se obține prin efectul dăunător al unei metode de investigație sau al medicației folosite. Exemple tipice sînt diagnosticul de tumoră cerebrală de fosă posterioară, în urma agravării semnelor clinice consecutiv unei puncții lombare, al diagnosticului unei boli datorită agravării după o anumită dietă sau după administrarea unui medicament. Proba efedrinei, de exemplu, constă în injecția acestei substanțe în caz de cefalee post-rachianestezică. Dacă durerea se agravează, înseamnă că este vorba de o cefalee prin hipertensiune de lichid cefalorahidian.

Dar să revenim la cazul pe care l-am adus în discuție mai sus. Dacă medităm asupra lui ne dăm seama că diagnosticul este mult ușurat prin faptul că avem de-a face cu raționamente de tip categoric, care se bazează pe judecăți simple, afirmative sau negative. Bolnavul prezintă o impotență funcțională totală după un traumatism minim, există o rotație externă a piciorului pe care bolnavul nu o poate corecta spontan, membrul e scurtat cu cîțiva centimetri. Aceste constatări permit o ipoteză de diagnostic care este foarte probabilă. Nu mai este necesar să se caute crepitația osoasă sau mobilitatea anormală, atît de caracteristică este situația. Dar acest diagnostic nu poate fi considerat nici sigur și nici complet.

Mai întii, este de reținut faptul că *oricît de bine ar fi fundamentat, diagnosticul trebuie considerat numai ca o ipoteză*. „Diagnosticul nu este decît ipoteza cea mai probabilă”, spunea André Berger. Același lucru îl spune și Botkin: „Diagnosticul este o ipoteză mai mult sau mai puțin probabilă, pe care trebuie să o verificăm necontenit, pentru că pot surveni fapte noi care să schimbe diagnosticul sau să-i crească probabilitatea”.

În exemplul ales există aproape certitudinea diagnosticului, deoarece apariția bruscă a impotenței funcționale, însoțită de rotație externă și de scurtarea membrului, pot fi considerate ca semne patognomonice. Cu toate acestea, există și aici posibilitatea unei erori de diagnostic. Bolnavul poate prezenta o tumoră osoasă complicată de fractură. Între cele două diagnostice există o diferență mare, din toate punctele de vedere, mai ales ca prognostic. De aceea diagnosticul nostru trebuie confirmat și acest lucru se realizează foarte simplu, prin radiografie.

Dar în afară de faptul că diagnosticul făcut nu este sigur, el nu este nici complet. Este o mare deosebire în ceea ce privește evoluția ulterioară între o fractură angrenată sau nu. Apoi, bolnavul poate prezenta boli asociate sau tare organice care și ele pot complica evoluția. Deci diagnosticul nu va putea satisface decât dacă se precizează sediul exact al fracturii, poziția fragmentelor, angrenarea sau lipsa lor de angrenare, existența unor deficiențe organice, care sînt atît de frecvente și de grave la persoanele în vîrstă, sau prezența de asociații morbide cum ar fi o leziune pulmonară sau o tromboflebită. Este deci necesar, chiar și în acest caz care apare atît de simplu sub raportul diagnosticului, să se practice un examen complet al bolnavului, să se facă o radiografie pentru a se preciza natura leziunilor locale și diferite analize de laborator, destinate să exploreze capacitatea vitală a bolnavului și funcția diferitelor organe.

Diagnosticul nu trebuie deci să se rezume la o simplă propoziție în care se identifică procesul patologic cu o boală, așa cum este cunoscută din patologie. Acest lucru nici nu este de altfel, posibil, deoarece nu există două boli la fel și nici suficient, deoarece fiecare boală concretă prezintă unele caracteristici speciale, legate de modul de reacție al organismului afectat. *Diagnosticul trebuie deci să indice natura bolii, dar și particularitățile ei.* Așa cum în definiția unei noțiuni trebuie să stabilim trăsăturile esențiale ale obiectului gîndit în noțiune, în așa fel ca să îl putem deosebi de toate celelalte obiecte asemănătoare cu el, tot așa trebuie să procedăm și în cazul diagnosticului clinic. Precizarea bolii în-

seamnă definirea esenței procesului patologic respectiv. Sînt mai multe feluri de fracturi de col de femur, pe de o parte, iar pe de altă parte aceeași fractură de col de femur poate afecta organisme diferite ca mod de reacție. De aceea în diagnostic trebuie să redăm și acele note care permit deosebirea unei fracturi de col de femur, întâlnită la un bolnav, de o altă fractură de col de femur, întâlnită la un alt bolnav. Aceasta este fundamentarea logică a diagnosticului complet stipulat în alineatul de mai sus.

La noi în țară Iuliu Hațieganu a insistat asupra „diagnosticului pluridimensional”, care cuprinde procesul patologic în totalitatea sa. După el, diagnosticul trebuie să cuprindă procesul patologic principal, cauza și patogenia lui, eventualele complicații, asociațiile morbide și trăsăturile speciale prezentate de bolnav.

Și un alt exemplu poate întări cele spuse pînă aici. O bolnavă prezintă o tumoră de mamelă evoluînd de cîteva săptămîni. La examen se constată existența unei tumori de volumul unei nuci, dură, cu marginile rău delimitate. Există și piele de portocală, retracția mamelonului. De asemenea, se constată prezența în axilă a unei adenopatii relativ voluminoase, puțin mobilă.

Diagnosticul în acest caz apare simplu. Simptomele sînt caracteristice, unele din ele cum este pielea de portocală sau retracția mamelonului putînd fi considerate ca semne patognomonice. Și în acest caz diagnosticul se poate face prin inducție pornindu-se de la particular, identificîndu-se semnele clinice, grupîndu-le apoi într-un ansamblu care sugerează diagnosticul de cancer de mamelă. Se poate însă stabili diagnosticul și pornindu-se de la cunoștințele noastre generale asupra tumorilor de mamelă, folosind de data aceasta metoda deducției. Și într-un caz și în altul, situația este ușurată de prezența unor semne caracteristice care permit judecăți și raționamente categorice. Într-un asemenea caz, deducția se poate efectua prin silogisme, complete sau prescurtate. Aceste silogisme le putem formula ușor datorită faptului că noțiunea de neoplasm de mamelă prezintă numeroase note dintre care unele, cum este pielea de portocală sau retracția mamelo-

nului, sînt note esențiale ale bolii, gîndite în noțiune. Ele ne permit să formulăm judecăți universale afirmative, care se pretează la raționamentul prin silogisme. Ca exemple pot fi luate judecățile: „Toate tumorile de mamelă însoțite de piele de portocală, sînt tumori maligne”, sau „Cînd în evoluția unei tumori mamare se produce retracția mamelonului este vorba de o tumoră malignă”.

Diagnosticul de cancer de mamelă pus în acest caz este și el incomplet, insuficient pentru a putea stabili prognosticul și a institui un tratament corect. Trebuie neapărat precizat stadiul evolutiv. Prezența unei tumori relativ voluminoase cu aderențe la tegumente și adenopatie axilară fixă ne permite să o situăm în stadiul III, ceea ce constituie un element foarte defavorabil din punctul de vedere al prognosticului. Faptul însă că bolnava se apropie de 60 de ani, că a trecut de mult peste menopauză, constituie un element relativ favorabil. Toate acestea trebuie bine cîntărite. Apoi trebuie exclusă posibilitatea existenței unor metastaze. În fine, trebuie practicat un examen general foarte amănunțit și cerute explorările de laborator care sînt necesare pentru a face o evaluare globală, precisă, a cazului.

În exemplele de mai sus problema diagnosticului a fost simplificată grație prezenței unor semne caracteristice, patognomonice, care au permis raționamente, atît nemijlocite, cît și mijlocite, urmate de concluzii certe. Din păcate, această situație care este cea mai simplă, este și cea mai rară în medicină. În general, medicul întîmpină mai multe greutăți în elaborarea diagnosticului, iar acesta apare mai puțin sigur decît în exemplele citate mai sus.

Aici este cazul să remarcăm că în multe cazuri semnele cele mai utile pentru diagnostic sînt semnele de laborator și datele pe care ni le furnizează mijloacele moderne de investigație. Diagnosticul de diabet se poate pune prin cercetarea glicemiei, diagnosticul de fractură prin radiografie, diagnosticul de obliterare arterială prin arteriografie. Aceste posibilități pe care ni le oferă laboratorul nu trebuie folosite însă decît pentru precizarea diagnosticului. De altfel, ele necesită un timp oarecare pentru a fi puse în practică și răspunsul nu-l primim imediat. Or, ipoteza diagnosticului trebuie să fie

formulată cât mai repede, pentru a orienta imediat cercetările și pentru aceasta nu dispunem decât de datele pe care ni le oferă clinica.

Din acest punct de vedere, trebuie să luăm în considerare rezultatele pe care ni le oferă interogatoriul și examenul bolnavului.

Interogatoriul reprezintă primul contact între medic și bolnav, el constituie punctul de plecare al întregii operații care duce la elaborarea diagnosticului. El ne dă relații asupra debutului și asupra mersului bolii, asupra prezenței și asupra caracterelor unor simptome. Dar interogatoriul este greu de luat, iar randamentul lui este uneori foarte sărac. Iată și părerea lui Eduard Rist, clinicianul bine cunoscut: „De felul cum este condus interogatoriul depinde uneori tot restul. Poate, dintre toate tehnicile artei noastre, aceasta se câștigă mai târziu și cu cele mai mari eforturi, deoarece necesită cunoașterea oamenilor. Nu poți niciodată aprecia mai bine experiența clinică, știința, pătrunderea psihologică, autoritatea morală a unui medic, decât atunci când îl asculți interogînd un bolnav”.

Există o știință a interogatoriului care se câștigă odată cu experiența și care se fundamentează pe calități de spirit și pe cunoștințele medicului. „Pentru a avea demonstrația, spune Noel Fiessinger, nu avem decât să comparăm randamentul pe care îl dă interogatoriul făcut de un debutant și acela practicat de un medic cu experiență. Istoria unei boli redată de un debutant este săracă, lipsită de precizie, fără relief, fără viață. Se rezumă la ceea ce bolnavul a găsit de bine să povestească. Din contră, un medic experimentat pătrunde în viața bolnavului și face o expunere completă, precisă, cu perspective exacte. Nimic nu este mai interesant, mai captivant decât să fructifici un interogatoriu. Dar ca să ajungi acolo trebuie să posezi știința de a pătrunde în psihismul bolnavului”.

Din punctul de vedere al diagnosticului, interogatoriul poate fi împărțit în două etape. O primă etapă care precede examenul și în cursul căreia rolul principal îi revine bolnavului. Apoi o a doua etapă, care completează examenul și în care medicul deține poziția de prim plan.

Partea cea mai delicată a interogatoriului este prima, în cursul căreia medicul este de multe ori constrâns la o atitudine pur pasivă. Trebuie să lase bolnavul să vorbească, să spună ce are de spus, să-l asculte cu atenție și, pe cât posibil, să nu îl întrerupă. Din nenorocire, sînt mulți bolnavi care nu deosebesc ce este important de ceea ce nu are importanță, intră în detalii fără semnificație, vorbesc mult, fără să spună nimic din ceea ce ar putea reține medicul pentru diagnostic. Un exemplu foarte sugestiv ne dă tot Noel Fiessinger : „Îngrijeam o ducasă, bine cunoscută în corpul medical pentru tendința ei logoreică. Această bolnavă nu a părăsit patul de 20 de ani și dacă sărmanul ei corp nu era în stare de nimic, toată viața i s-a refugiat în limbă. Oarecare experiență m-a învățat să o examinez fără să-i întrerup vorbăria, apoi să mă retrag cu iscusință spre ușă, fără să mă așez nici un moment.

Într-o zi, un profesor reputat a venit să o examineze împreună cu mine. L-am prevenit dinainte și mai ales, i-am dat sfatul să nu se așeze. Era către amiază. S-a așezat și totul a fost pierdut. Cuvintele au pornit în valuri, nimic nu le-a mai putut opri. Cîteva încercări ale profesorului s-au arătat zadarnice, și-n curînd l-am văzut scufundat, înecat sub aceste valuri nesecate. Pînă la urmă, a adormit. Cum să îl trezesc ? Ea continua să vorbească, cu atîta animație că nici nu a observat că auditorul ei doarme.

O oră a trecut și după ce am evaluat în gînd toate soluțiile posibile pentru a rezolva problema, am spus cu voce tare : „doamnă, îmi permit să observ că profesorul trebuia să fie la facultate pentru un examen, la ora unu și jumătate“. Am vorbit destul de tare pentru a-l trezi pe maestru. Ea nu a observat nimic. Examenul a fost încheiat în grabă, așa cum se cuvenea. Bolnava era satisfăcută, profesorul de asemenea, dar el a fost foarte surprins privindu-și ceasul. A dormit o oră întreagă“.

Asemenea situații sînt desigur excepționale, dar medicul trebuie să fie pregătit și pentru eventualități de acest gen. Cu puțin tact ele se rezolvă și nu se pierde mult timp. În tot cazul, nu trebuie să se uite că prin interogatoriu se face apropierea între medic și bolnav, că acum se fac destăinuirile, că în acest moment se cîștigă încrederea celui suferind. Or,

acest lucru are o importanță deosebită. De altfel, cînd bolnavul vorbește, medicul observă, raționează, își face o idee despre bolnav, despre reacțiile lui față de boală. Astfel, deși aparent el pare pasiv, atitudinea lui este activă, el judecă, interpretează.

Aici se ridică o problemă foarte importantă, aceea a posibilității care i se oferă medicului de a determina încă din această primă parte a interogatoriului unii bolnavi la care substratul bolii este mai mult de ordin funcțional. Modul cum acești bolnavi își descriu propria lor boală este foarte caracteristic. Prof. Păunescu Podeanu îi reprezintă într-un mod cît se poate de plastic: „Bolnavii aceștia, deși se înfățișează sub o infinitate de tipuri, prezintă o serie de trăsături și de caractere comune. Rareori se plîng de o singură suferință. Mai totdeauna ei acuză tulburări multiple, variate ca alură, situație, intensitate; se plîng de fel de fel de dureri, de furnicături, amorțeli, junghiuri, care sînt raportate la diferite segmente ale corpului, dar mai ales la teritoriile profunde viscerele; sau acuză tot felul de tulburări funcționale: palpitații, tulburări de respirație, digestive, urinare ș.a.”

Acești bolnavi aleargă de la un medic la altul, iar numărul lor este relativ mare; 20—30% din numărul celor care se consultă la policlinici, sau sînt chiar internați în unele servicii de spital. Medicul trebuie să îi identifice cît mai exact posibil și să îi situeze în categoria căreia îi aparțin.

Unii dintre ei suferă de nevroză: „Generoasă și larg cuprinzătoare, noțiunea de nevroză a devenit, în ultimele două decenii, sacul binevoitor în care se aruncă tot ce nu poate fi explicat și lămurit din patologie, mai ales în ceea ce privește fenomenele cu caracter funcțional și subiectiv. Nevroza a devenit explicația patogenică a tuturor fenomenelor patologice cu caracter funcțional și a multora cu caracter chiar organic (nu s-a ajuns să fie incriminată și în patogenia bătăturilor, a apendicitei etc.), a devenit eticheta salvatoare a tuturor stărilor patologice mai neclare, acoperind de foarte multe ori nu numai ignoranța unor medici, dar și neglijențe, incompetențe în examinarea bolnavului, în comportarea clinică față de el...”, spunea prof. Păunescu-Podeanu.

Interogatoriul, examenul ulterior făcut cu grijă, completat cu diferitele investigații de laborator, permite evitarea greșelilor de diagnostic și face posibilă încadrarea bolnavilor de acest gen într-una din numeroase forme clinice de nevroză. Trebuie însă subliniat faptul că *medicul nu poate stabili un diagnostic corect dacă nu lasă bolnavii să vorbească și nu îi ascultă cu grijă*. Acest lucru îl exprimă cu foarte multă competență J. Gosset, adresându-se chirurgilor: „Chirurgul nu va reuși să reducă frecvența greșelilor decât adoptând atitudinea psihologului. Format în spiritul unei explorări strict organice, limitându-se numai la căutarea elementelor de ordin obiectiv, el riscă să lase să-i scape componenta psihopată dacă dirijează prea mult interogatoriul. Bolnavul nu-și va releva nevroza decât dacă i se acordă timpul necesar și libertatea de a o face. Pentru aceasta chirurgul trebuie să adopte, așa cum o spune Balint, o atitudine pasivă. El trebuie să învețe să tacă, să asculte în loc să întrebe și să înregistreze răspunsurile. Este, desigur, o atitudine care nu e nici obișnuită, nici comodă, nici confortabilă”.

O altă categorie de bolnavi care și ei trebuie depistați încă de la interogatoriu, o reprezintă cei care simulează. Unii o fac inconștient. În cursul peregrinărilor pe la diferiți medici, mulți nevrotici își schimbă simptomatologia. Ei ajung să redea, în descrierea pe care o fac, acuze absolut caracteristice pentru anumite boli. Cu trecerea timpului, simptomatologia lor devine mai tipică, mai înșelătoare pentru medic, mai ales dacă se fundamentează și pe lecturi din unele cărți de popularizare a medicinei. În acest mod se formează adevărați „bolnavi de profesie”. Dar, și în aceste cazuri modul de comportare, gesticulația, interpretările personale, efortul de a fi cât mai convingător, pînă la urmă, îi trădează.

Dintre bolnavii care simulează în mod conștient, unii urmăresc anumite profituri materiale sau de ordin moral. În alte cazuri bolnavii simulează numai din dorința de a impresiona pe cei din jur sau de a stîrni compasiune. Astfel, de la simulanții simpli, al căror obiectiv este pur lucrativ, ajungem la bolnavii mintali. În această ordine de idei un diag-

nostic relativ ușor de pus în cursul interogatoriului, este acela al sindromului Münchhausen, căruia merită să îi consacram câteva rânduri.

Sindromul lui Münchhausen a fost descris în 1951 de către un autor englez, R. Asher, și se referă la unii simulanți care ajung pînă la automutilare, fără ca să se găsească o explicație care să justifice această comportare. Acești bolnavi sînt înainte de toate mitomani. Ei prezintă o simptomatologie pe care caută să o facă cît mai spectaculară, iar antecedentele lor sînt ieșite din comun. Pentru a-și atinge scopul, ei falsifică rezultatele examenelor de laborator, iar pentru a convinge mai bine își provoacă febră, hemoragii, sau se automutilează (dermatite de contact, necroze prin aplicări de substanță caustice). Bolnavii trec din spital în spital, unde se supun celor mai penibile metode de investigație (examinofilie) și solicită operații inutile, în special laparatomii, a căror cicatrice le expun cu multă emfază (laparatomofilie). Apoi părăsesc brusc spitalul, împotriva avizului medical.

Într-o statistică ceva mai recentă (P. Ireland și col., 1971) pe totalul cazurilor menționate pînă atunci în literatură, se notează 61% bolnavi laparatomizați, uneori în mai multe rînduri, 12% trepanați, 14% false pirexii, 7% hematurii și 15% hemoptizii suspecte de a fi fost provocate artificial, 58% plecări precipitate din spital, fără aviz medical etc.

Pentru a denumi acest sindrom, Asher a făcut apel la numele baronului german Münchhausen, fanfaron și lăudăros din cale afară, a cărui aventuri extraordinare au făcut deliciul a numeroase generații de cititori, încă de la începutul secolului trecut (cerb împușcat cu un sîmbure de cireasă, căruia i-a crescut un cireș între coarne, cal atîrnat în vîrfurile unei clopotnițe, călătorie pe ghiuleaua unui tun etc.). Același sindrom este denumit de unii autori ca sindromul lui Lucy, după numele eroinei unui poem de Wordsworth, atunci cînd persoana în cauză este de sex feminin. După autorii francezi paternitatea acestui sindrom îi revine lui Dieulafoy, care a descris primul caz de acest gen, sub denumirea de *patom'mie*, încă în 1908 (un simulant care și-a provocat ulceratii necro-

tice prin aplicarea de sodă caustică, care a dus la amputarea (brațului). Aceasta este, de altfel, denumirea cea mai des folosită de dermatologi și cea mai corectă, pentru că este vorba în fond de un act de mimare a patologiei.

Nevrotici de tot felul, simulanți inconștienți și conștienți, venali sau mintali, sînt tot atîția bolnavi care trebuie identificați și la această identificare poate contribui mult interogatoriul. Acesta orientează medicul, care își face deja o idee despre boală și despre bolnav și procedează în continuare la examenul cazului în fața căruia se găsește.

Nu este cazul să se insiste aici asupra modului cum trebuie să fie practicat examenul pentru depistarea semnelor legate de boala pe care o prezintă bolnavul respectiv. Acest lucru se tratează pe larg la seminologie. Hațieganu și Goia subliniază rolul deosebit care îi revine semiologiei în elaborarea diagnosticului. „Semiologia este disciplina care se ocupă cu studiul, descrierea și interpretarea simptomelor și a semnelor pe care le prezintă omul bolnav. Din aceste semne și simptome, și anume din totalitatea lor, se precizează boala, sau cu alte cuvinte, se stabilește diagnosticul.”

„Este evident, spun ei mai departe, că stabilirea unui diagnostic precis nu este posibilă fără cunoașterea și interpretarea justă a simptomelor prin care se manifestă boala. Semiologia constituie deci, cu drept cuvînt, abecedarul și gramatica clinicii. Întocmai cum cineva care nu cunoaște alfabetul nu poate citi și înțelege nici cea mai mică propoziție, tot așa acela care nu dispune de cunoștințele elementare în materie de semiologie, intrînd în clinică, va rămîne complet dezorientat, căci nu va putea observa și nici nu va putea prinde semnificația nici a celor mai simple simptome și cu atît mai puțin va putea să descifreze înțelesul sindroamelor atît de complexe pe care clinica le oferă pas cu pas. Semiologia are deci rolul de a servi drept călăuză fidelă în marele labirint al clinicii”.

Aici se impun cîteva precizări. *Semiologia* trebuie diferențiată de *propedeutică*, deoarece este vorba de două noțiuni al căror conținut diferă. *Semiologia* studiază manifestările bolilor, adică simptoamele, legate de bolnav și semnele legate de boală. *Propedeutica* reprezintă un învățămînt ele-

mentar, destinat să pregătească studentul pentru un învățămînt mai complet. Ea are un sens general, dar practic acest termen se folosește numai în medicină. În acest înțeles propedeutica, pe lângă semiologie, cuprinde și studiul diferitelor metode de investigație, clinice și de laborator, destinate să pregătească studentul pentru învățămîntul clinic. Clinica, în fine, reprezintă învățămîntul la patul bolnavului, care se bazează pe propedeutică, adică pe studiul manifestărilor clinice și al rezultatelor diferitelor metode de explorare, pe care medicul învață cum să le interpreteze corect, printr-o operație cerebrală de sinteză, destinată să ducă la elaborarea diagnosticului. Aceasta, la rîndul său, permite efectuarea prognosticului și stabilirea tratamentului. Clinica reprezintă deci o noțiune supraordinară față de noțiunile de propedeutică și de semiologie. Ea se opune noțiunii de patologie, care reprezintă latura teoretică a învățămîntului medical. Patologia consideră bolile sub aspectul lor general, ea studiază cauzele lor și modificările pe care le produc în structura și funcțiile organismului, în timp ce clinica se ocupă cu bolile concrete, prezentate de diferiți bolnavi, pe care caută să le identifice cît mai exact, cu toate particularitățile lor. Clinica este aceea care învață medicul cum să facă un examen meticulos, precis, în cursul căruia să nu se negligeze nimic. În această direcție există numeroase aforisme: „La examen incorect, diagnostic incorect” sau „examen insuficient, raționament deficient”. Puțin mai departe vom reveni asupra acestei probleme pentru a sublinia cîteva din condițiile care se cer unui examen clinic pentru a permite diagnostice precise.

După examen urmează partea a doua a interogatoriului, care este o operație de completare. Dacă în prima etapă medicul a lăsat pe bolnav să vorbească, fără să-i impună restricții, de data aceasta medicul își asumă rolul principal. El conduce foarte strîns acest interogatoriu și cere bolnavului să-i răspundă precis, prin da sau nu.

Interogatoriul și examenul bolnavului furnizează datele clinice pe care se fundamentează ipoteza sau ipotezele de diagnostic. Aceste date sînt reprezentate de antecedente, de istoricul bolii și, mai ales, de semnele clinice. Vechii clini-

cieni spuneau că bolile sînt colecții de simptome, că ceea ce diferă de la o boală la alta este gruparea semnelor. „Non ab uno signo sed a consensu omnium”, spuneau romanii, inspirîndu-se din aforismele lui Hipocrat.

Aceasta înseamnă că semnele caracteristice într-adevăr unei anumite boli sînt rare și că, în general, se regăsesc aceleași semne, în altă grupare. Acest lucru, în mare, este foarte adevărat și unii autori afirmă că nu există semne patognomonice. În realitate, semnele patognomonice există, dovadă exemplele menționate mai înainte. Ele sînt numite și semne diacritice și într-un dicționar medical li se dă următoarea definiție: „semne care nu se găsesc decît într-o anumită stare morbidă și care sînt suficiente, singure, să caracterizeze această stare morbidă și să permită diagnosticul”. Ca exemplu se dă succesiunea hipocratică ce este patognomonică hidro-pneumotoraxului.

Sub aspect logic, semnele patognomonice corespund notelor esențiale sau esențiale și necesare obiectului gîndit în noțiune. Am văzut însă că sînt boli în care nu reușim să desprindem nici o notă esențială și necesară procesului patologic respectiv. Aceasta explică raritatea semnelor patognomonice, dar nu se poate nega existența lor.

În exemplele pe care le-am dat înainte, diagnosticul s-a bazat mai mult pe semne patognomonice, care am văzut că permit raționamente urmate de concluzii certe. Am folosit aceste exemple în dorința de a expune cît mai clar unele din legile logicii care permit formularea diagnosticului. Dar am subliniat faptul că asemenea situații sînt rare și că, în practică, elaborarea diagnosticului este mult mai complexă.

Aici este momentul să discutăm valoarea pentru diagnostic a diferitelor semne descrise în semiologie. Cele mai valoroase, din acest punct de vedere, rămîn semnele fizice, care pot fi apreciate în modul cel mai obiectiv, pot fi înregistrate, măsurate chiar. În rîndul lor găsim cele mai multe semne patognomonice. Ele ne permit să localizăm boala și să stabilim de multe ori natura ei.

Semnele generale sînt și ele importante pentru diagnostic dar ele traduc mai mult participarea organismului la boală și mai puțin natura acesteia. Luate izolat, semnele ge-

nerale sînt puțin caracteristice, grupate ele au de multe ori o importanță covârșitoare pentru diagnostic. Ca și pentru semnele fizice, valoarea este mare și prin faptul că pot fi înregistrate obiectiv: temperatura, pulsul, tensiunea arterială.

Din acest punct de vedere, valoarea semnelor funcționale și a semnelor subiective este mai mică. Dar și acestea trebuie înregistrate cu multă grijă, îndeosebi semnele funcționale, care atrag atenția asupra organului lezat. Astfel, de exemplu oprirea gazelor și a materiilor fecale este unul dintre cele mai importante semne în diagnosticul afecțiunilor abdominale acute. Uneori chiar, un semn de ordin funcțional permite un diagnostic aproape sigur, ca de exemplu, claudicația intermitentă care este caracteristică pentru obliterarea arterială.

Cel mai puțin sigure pentru diagnostic rămîn semnele subiective. De la bolnav, care le apreciază în mod pur subiectiv ele sînt preluate de medic, care face tot o apreciere subiectivă.

Astfel, dacă se face o apreciere globală putem atribui o valoare mai mare pentru diagnostic semnelor fizice și una mai mică semnelor subiective. Dar asemenea aprecieri sînt relative și noi trebuie să acordăm atenție tuturor semnelor fără a neglija nici unul din ele. Aici putem reaminti caracterul relativ al deosebirii dintre notele esențiale și cele neesențiale. Este esențială acea notă care este obiectiv determinată într-o situație concretă. Un semn oarecare, aparent puțin important, poate într-o anumită situație constitui un semn distinctiv capital. Pe de altă parte, trebuie să grupăm semnele și într-o asemenea grupare pot lua loc alături semne de categorii diferite: semne funcționale alături de semne fizice sau generale. În unele cazuri gruparea semnelor ne duce direct la boală. Alteori reușim să izolăm un sindrom, natura bolii fiind numai ulterior clarificată prin examene complementare de laborator.

Identificarea semnelor, gruparea lor, se face prin aceleași operații de logică, pe care le-am menționat deja, dar situația poate fi foarte complicată. Un exemplu mai complex ne poate arăta modul cum se desfășoară gîndirea logică în asemenea cazuri. Un bolnav este trimis în spital cu diagnos-

ticul de abdomen acut. Acest diagnostic este simptomatic și nu ne poate mulțumi. De aceea el trebuie precizat, mai ales că se pune problema unei intervenții imediate.

Din interogatoriul bolnavului reiese că boala a debutat în mod brusc, cu câteva ore înainte, printr-o durere în epigastriu, de o mare intensitate. La examen găsim un număr relativ mare de semne dintre care reținem ca fiind mai caracteristice: durerea ca semn subiectiv, oprirea gazelor și a materiilor ca semn funcțional, o apărare musculară generalizată — adevărat abdomen de lemn, ca semn fizic și o stare generală relativ bună. Gruparea acestor semne ne permite diagnosticul de sindrom de iritație peritoneală prin perforație viscerală. Metoda folosită până acum este metoda inductivă.

Diagnosticul de sindrom de iritație peritoneală nu este suficient. Trebuie să precizăm cauza. Pentru aceasta facem o evaluare mai în profunzime a semnelor pe care le prezintă bolnavul și ne folosim și de metoda deductivă. Astfel în operația noastră de gândire vor interveni raționamente de tot felul. Raționamente de tip disjunctiv: reacția peritoneală în acest caz se poate datora fie unei perforații de ulcer, fie unei perforații apendiculare. Sau raționamente de tip condițional: dacă bolnavul prezintă antecedente gastrice este mai probabilă perforația de ulcer. Aceleași judecăți pot fi folosite și atunci când facem evaluarea unui simptom. Bolnavul nostru prezintă și dispariția matității hepatice. Aceasta se poate datora fie pătrunderii de aer în cavitatea peritoneală, fie interpoziției colonului destins între ficat și peretele abdominal. Dacă abdomenul este retractat e vorba de aer liber, dacă abdomenul este balonat este mai probabilă interpoziția colonului.

Astfel, de la diagnosticul de abdomen acut, trecem la diagnosticul de boală. Este vorba de un ulcer perforat: adult tânăr, antecedente de ulcer, debut brusc și foarte acut, reacție peritoneală intensă, absența vărsăturilor, absența febrei, stare generală bună. Diagnosticul nostru nu este decît o ipoteză, dar ea reprezintă suficiente garanții pentru a pune indicația operatorie.

Formularea unei ipoteze este totdeauna binevenită, chiar dacă pînă la urmă ea nu se adevărește a fi exactă: „o ipoteză

este valoroasă pentru că ea ne furnizează o călăuză, o linie de conduită. Dacă ea are defecte, este falsă sau inutilă, lucru care se poate întâmpla, ea constituie totuși o etapă în diagnostic și are avantajul de a dirija atenția noastră asupra relațiilor dintre simptome și asupra necesității de a regăsi o interpretare mai bună", spune Mackenzie.

În cazul nostru, posibilitatea de a confirma ipoteza de ulcer perforat, este foarte simplă. Ea constă într-un examen radioscopic care poate evidenția prezența aerului liber sub cupolele diafragmei.

Din cele de mai sus reiese evident că într-un asemenea caz, diagnosticul poate reprezenta o operație foarte complexă. Interogatoriul trebuie să fie precis, examenul făcut cu atenție și pricepere. Iar în acest timp medicul gândește, folosește diferitele metode ale logicii pentru a interpreta semnele și a fundamenta cât mai bine diagnosticul. Diagnosticul are cu atât mai multe șanse să fie exact, cu cât examenul bolnavului este mai corect și cu cât modul de gândire este mai just. Cazul de mai sus este relativ simplu și a fost ales pentru demonstrație. Diagnosticul cauzal într-un abdomen acut poate fi însă extrem de greu. În fața examinatorului se pot prezenta numeroase ipoteze și concluzia nu este ușor de tras. Asemenea cazuri pot fi asimilate unor probe de concurs, în care medicul trebuie să facă act de toată experiența lui, de toate cunoștințele și să dea dovadă de multă logică în gândire.

În aceste condiții ne dăm seama de importanța pe care o are respectarea regulilor și a legilor gândirii logice pentru fundamentarea unui diagnostic just. Înseamnă oare aceasta că un medic care nu cunoaște logica nu este în măsură să pună un diagnostic? Am văzut că nu; medicul învață să gândească corect din exemplul măștrilor săi și din experiența sa personală. El poate gândi logic fără să fi studiat logica. Dar ceea ce caracterizează pe marii clinicieni este tocmai modul de a gândi, modul de a raționa, lucru care reiese chiar și în cele mai mici gesturi pe care le fac.

Iată de exemplu ce spune H. Mondor despre Paul Lecene, care a fost unul dintre cei mai mari diagnosticieni ai timpului său: „Îi dătoresc lui, P. Lecene emoția celor mai frumoase diagnostice. El nu făcea nimic pentru a-și ascunde metoda de

lucru sau să o aureoleze de mister, de intuiție, de inspirație și de alte procedee obscure, scumpe profanilor sau incușilor. Dintr-un istoric confuz scurtat de jena bolnavei sau alungit prin resemnare, ori prin numărul prea mare de detalii amintite, el știa să rețină repede ce era necesar. Apoi, urma o privire, de o surprinzătoare putere de pătrundere, folosirea unei mâini lungi și fine cu o satisfacție din ce în ce mai mare, o promptitudine și ingeniozitate de a se descurca în dezordinea faptelor, de a circumscrie esențialul, în fine, de la ochi la creier, de la acesta la mână, de la aceasta la memorie treceau vizibil interogările, enunțurile neîntrerupte, clare, pasionante de urmărit; s-ar fi spus oarecare savantă captură de idei și de fapte".

Aceasta însemnează să uzezi de toate cunoștințele, să pui toate simțurile și toată capacitatea de a gândi în slujba diagnosticului. Este ceea ce spune Achard într-o cugetare care merită să fie reținută în încheierea acestui capitol: „*Medicul are nevoie mai întâi de știință, apoi de artă și totdeauna de judecată*".



Gânditorul de la Hamangia

CAPITOLUL V

CHARTRAN (1816):
Laënnec ascultând un fizic
Sorbona — Paris.



REGULILE PRACTICE
ALE DIAGNOSTICULUI CLINIC

Din cele expuse pînă acum reiese că în mod schematic diagnosticul clinic se elaborează în două etape. În prima medicul culege datele clinice și pentru aceasta se folosește de toate posibilitățile pe care le oferă interogatoriul și examenul bolnavului. În a doua el selecționează datele, le grupează și le interpretează pe baza unei gândiri logice. Concluzia este o ipoteză de diagnostic, care urmează să fie apoi confirmată.

Pe această linie urmează cîteva din regulile practice de care medicul trebuie să țină seama în cursul examenului clinic și al elaborării ulterioare a ipotezei de diagnostic.

Prima regulă și cea mai importantă este aceea a unui examen clinic complet. Fiecare medic cu oarecare practică știe din propria sa experiență că un examen superficial sau incomplet duce foarte des la greșeli de diagnostic. Mai mult decît atît, în unele cazuri metodică examenului clinic primează asupra cunoașterii medicale chiar. În această privință, Lindsay spune: „la o greșeală datorită necunoașterii revin zece greșeli datorite neglijenței”. Din cauza neglijenței multe lucruri trec neobservate: „Nenorocirea celor mai mulți medici constă nu în faptul că nu știu atît cît ar trebui să știe, ci în faptul că nu văd totul” (Corrigan). De aici obligația pentru medic de a nu neglija nici un detaliu, nici o metodă de explorare clinică, nici un examen de laborator. „Un medic se poate întotdeauna înșela, dar el nu are dreptul să neglijeze un examen care i-ar fi permis să nu se înșele”, afirmă Vidal.

Un exemplu care ilustrează foarte bine cele de mai sus, ni-l oferă R. Cruchet. Tînăr intern, el reușește un diagnostic frumos, grație unui examen clinic atent. Mulți ani mai tîrziu, ajuns șef de serviciu, el greșește din cauza unui examen incomplet.

Iată descrierea primului caz. „Un neurastenic care se plîngea cînd de stomac, de intestine, cînd de ficat și de rinichi a fost examinat de diverse notabilități medicale, în rîndul cărora au intrat și cîțiva specialiști bine calificați, care însă nu au descoperit nimic anormal. Se părea deci că este vorba, efectiv, de o neurastenție. Dar, bolnavul, din ce în ce mai obosit și mai slăbit, a eșuat finalmente într-un serviciu

de medicină unde eram intern. Ca și orice novice care se respectă, am luat precauțiunea elementară de a examina complet bolnavul, căruia i-am găsit un ficat mărit. I-am pus diagnosticul de cancer hepatic și moartea care a survenit puțin timp după aceea, a permis să se constate că diagnosticul pus a fost bine fundamentat".

Celălalt caz este următorul: „Într-o zi, în serviciul pe care îl conduc, după ce am terminat examenul clinic, m-am alăturat și eu părerii externului și internului, care luaseră cu grijă foaia de observație a unei bolnave, internată cu 48 de ore înainte. Am pus și eu diagnosticul de chist de ovar.

L-am rugat, în consecință, pe colegul meu de chirurgie să vină să vadă bolnava și să se ocupe de ea. A sosit, imediat însoțit de „statul său major” și de toți elevii săi. După ce a examinat bolnava mi-a declarat, puțin jenat și un pic ironic, că este vorba pur și simplu de o retenție de urină, într-o vezică anormal de dilatată.

Într-adevăr, era vorba de un tabes frust care a trecut neobservat și care explica perfect de ce această bolnavă a cărei vezică era insensibilă și se golea de atîta vreme defectuos, a putut să ne inducă în eroare într-un asemenea grad.

A fost pentru mine o ocazie minunată ca să fac în fața întregului serviciu o expunere documentată pentru a arăta cum ne-am înșelat și cît de ușor ar fi fost să descoperim adevărul".

În comentariul care urmează, Cruchet insistă și el asupra faptului că multe erori se datoresc nu atît lipsei de cunoștințe, cît unui examen insuficient.

A examina corect înseamnă a uza de toate posibilitățile pe care ni le oferă mijloacele clinice de cercetare. Rezultatele metodelor de explorare trebuie să completeze datele recoltate din studiul antecedentelor, al istoricului, al semnelor bolii. Vechii clinicieni spuneau că mijloacele de explorare clinică trebuie să se completeze. Laënnec chiar, s-a păzit să acorde un rol precumpănitor, auscultației, pe care el însuși a pus-o la punct: „Eu nu am propus niciodată să recunoaștem bolile plămînului și ale inimii numai prin auscultație și am găsit semne noi prin percuție și prin alte metode com-

plet uitate. Nu am căutat să judec auscultația singură, în afara datelor pe care le primește și le oferă, într-o evaluare comparativă cu celelalte semne și simptome".

Același lucru îl spun și maestrul nostru, care au contribuit, fie direct, fie prin mijlocirea unor tratate sau manuale, la educația noastră medicală. Emile Sergeant, de exemplu, ne atrage atenția asupra faptului că nu trebuie să acordăm încredere unui singur mijloc de examen: „Nici un mijloc de explorare nu este superior altuia, nici unul nu dă greș; nici unul nu este insuficient; fiecare poate aduce aportul său de informație; sînt semne pe care unul singur le poate revela și care ar scăpa investigației clinice dacă acest mijloc de explorare nu ar fi folosit. Toate procedeele de explorare cunoscute trebuie folosite în fiecare caz particular pentru examenul fiecărui organ în parte; cîteodată tocmai procedeul de la care, a priori, ne așteptăm mai puțin, ne va oferi semnul cel mai în măsură să ne pună pe calea diagnosticului".

Importanța unui examen clinic complet, desfășurat metodic și bazat pe o bună cunoaștere a bolnavilor și a patologiei reiese cu multă pregnanță atunci cînd se pune problema elucidării unor suferințe neclare, greu explicabile. Din acest punct de vedere se poate consulta cu mult folos lucrarea prof. A. Păunescu-Podeanu „BOLNAVI DIFICILI”. Această lucrare abundă în exemple instructive și observații pertinente, bazată pe o îndelungată experiență clinică.

Concluzia, la toate acestea, ne-o oferă Chauffard: „Un medic poate păcătui prin ignoranță, el nu trebuie să păcătuiască prin neglijență”. Dar atunci cînd facem evaluarea semnelor, trebuie să ținem seama îndeosebi de semnele pozitive. Un semn pozitiv își păstrează întotdeauna valoarea, problema este numai să îl interpretăm corect. Un semn negativ, adică cel care lipsește, nu are aceeași valoare. Uneori semnificația lui este nulă.

O altă regulă cere medicului ca atunci cînd este pus să facă un diagnostic să se gîndească în primul rînd la leziunile care se întîlnesc mai frecvent în situațiile patologice de genul aceleia cu care este confruntat. Aceasta este legea lui Sutton. La un tînar care acuză o durere în fosa iliacă dreaptă

trebuie să ne gândim mai întâi la o apendicită și numai după aceea la o diverticulită Meckel, la o tuberculoză ileo-cecală sau la boala lui Crohn. Un medic care nu va pune niciodată diagnosticul de sindrom Zollinger-Elisson sau de tumoră carcinoidă a intestinului subțire va face, poate, câteva greșeli de diagnostic în cursul întregii sale vieți. În schimb, un medic care se gîndește tot timpul la afecțiuni rare, va greși adeseori un diagnostic simplu de ulcer duodenal sau de enterocolită banală. Jourdan distinge diagnostice greșite prin deficit de cunoștințe și diagnostice greșite prin exces de cunoștințe. Acestea din urmă sînt greșeli frecvente la unii medici foarte documentați în patologie, dar cu o experiență practică redusă. Din acest punct de vedere, Samuel See face o observație foarte justă: „Manifestările neobișnuite ale bolilor obișnuite derutează pe medic mai mult decît bolile neobișnuite”.

Legea lui Sutton este legea drumului direct, a bunului simț. În materie de diagnostic ea indică leziunea cu cel mai ridicat indice de probabilitate. Este de remarcat că această lege nu poartă numele lui Richard L. Sutton (1878—1952), care a descris nevul leucopigmentar, ci numele lui Willie Sutton, un cunoscut spărgător englez. După ce acesta a fost arestat, un ziarist i-a cerut să mărturisească de ce atacă de preferință băncile. Răspunsul a fost plin de bun simț, dar și un pic ironic: „De ce? Deoarece banii se află de obicei acolo”!

O altă regulă este aceea ca atunci cînd urmărim să identificăm o boală, să facem tot ce este necesar pentru aceasta, indiferent de vîrsta bolnavei, de condiția socială a bolnavului, sau de condițiile de lucru. Medicul este uneori tentat să renunțe la unele metode de explorare din considerațiuni care nu sînt de ordin medical. Ascendentul pe care bolnavul îl exercită eventual asupra lui nu trebuie să-l facă să ezite cînd este cazul să practice o explorare, cum ar fi de exemplu, un tușeu rectal. Și nici sentimentele de pudoare din partea unei suferinde, pudoare de cele mai multe ori rău înțeleasă, nu trebuie să-l ducă pe medic la un examen superficial, pe o bolnavă care, de exemplu, nu acceptă să se dezbrace. Lui Leriche îi plăcea să ne spună, sub formă de metaforă, că toți bolnavii trebuie priviți cu aceiași ochi. În trecutul medicinei există, de altfel, numeroase exemple de greșeli de diagnostic,

din această cauză. Au fost chiar capete încoronate care își puteau permite cele mai scumpe îngrijiri, dar care au suferit de pe urma unor neglijențe de acest gen. Cei mai în vârstă dintre noi își amintesc de cazul unui suveran care s-a prăpădit de urma evoluției unui cancer de rect, și care, multă vreme, sub hlamida regală, a purtat un anus contra naturii. Și aceasta pentru că chirurgul care l-a examinat a ezitat să-i facă tușcul rectal, atunci când ar fi trebuit, mulțumindu-se cu diagnosticul de hemoroizi, mai simplu de pus, sub aspect protocolar. Se cunosc, de asemenea, cazuri de cancere de mamelă, de uter, care nu au fost diagnosticate la vreme din cauza unui examen, fie incomplet, fie practicat în condiții nesatisfăcătoare.

Aici pot da un exemplu pe care l-am trăit, unde s-a greșit de două ori diagnosticul, o dată prin examen insuficient, a doua oară prin examinare în condiții nesatisfăcătoare.

Este vorba de un bolnav de 60 de ani, care prezenta o tumoră a flancului drept, imediat sub rebordul costal. Pentru precizarea diagnosticului se practică o irigoclistmă care arată o imagine lacunară, pe jumătate dreaptă a colonului transvers. Se intervine prin laparotomie mediană supraombilicală cu diagnosticul de cancer de colon. La explorare, colonul se găsește normal. Este vorba, în realitate, de o tumoră a veziculei biliare. Explorarea se face greu prin incizia mediană, din cauza adipozității bolnavului și se reduce numai la palpare. Tumora este de mărimea unei mandarine. Foarte dură și se prelungește către cistic și pediculul hepatic. Se pune diagnosticul de neoplasm al veziculei biliare și se consideră cazul inoperabil. Se comunică familiei acest diagnostic, iar bolnavului i se spune că au fost simple aderențe și că se va vindeca repede.

Într-adevăr, după operație bolnavul se simte mai bine, dar peste câteva luni face un nou puseu dureros, însoțit de febră, care elimină pe căile naturale un calcul de mărimea unui ou de porumbel. De data aceasta vindecarea este completă.

În acest caz s-a greșit, mai întâi, pentru că nu s-a făcut un examen complet. Bolnavul s-a internat la chirurgie, cu diagnostic de cancer colic. În această situație chirurgul s-a

gîndit în primul rînd la problemele legate de actul operator, la greutatea pe care le ridică o colectomie, la obezitatea bolnavului. Dar nu s-a gîndit să verifice diagnosticul. Bolnavul era în stare generală bună, cu poftă de mîncare păstrată și nu prezenta semnele generale de impregnare neoplazică. În ceea ce privește semnele funcționale, era vorba de un constipat, care nu a avut niciodată diaree. Un examen complet ar fi permis, sînt sigur, un diagnostic mai precis.

La operație explorarea a fost grea și chirurgul a fost indus în eroare tocmai datorită faptului că nu a putut vedea și examina mai îndeaproape leziunile. De data aceasta el s-a gîndit la faptul că un neoplasm de veziculă biliară este un caz care poate fi considerat dinainte pierdut. Au fost propuse operații foarte complexe, dar practic nu se cunosc cazuri verificate, care să poată fi considerate vindecate prin operație. Astfel, chirurgul a pus în pripă o contradicție operatorie și nu a insistat mai mult să verifice leziunile.

În acest caz, s-a greșit deci privind odată organul în cauză, iar a doua oară privind natura leziunilor, totul prin insuficiență de examinare. Dar acest caz ilustrează și o altă deficiență în construirea diagnosticului, aceea a supraevaluării laboratorului.

Tot atît de importantă este și următoarea regulă care stipulează ca examenul bolnavului să se facă fără idei preconcepute. „Rigoarea unui examen clinic fără idei preconcepute este aceea care caracterizează pe medicul mare”, spune F. Poilleaux. Într-adevăr, este mare lucru să examinezi bolnavii fără idei preconcepute. Uneori un caz asemănător, văzut cu cîteva zile înainte, alteori o lectură de dată recentă, mai rar o atitudine greșită de principiu, îl fac pe medic să urmărească o anumită boală la bolnavul pe care îl examinează. Sînt medici care, impresionați de un anumit simptom, formulează în mod pripit o ipoteză de diagnostic și se încăpățînează apoi să o susțină.

Împotriva ideilor preconcepute pledează cu foarte multă înțelepciune Sir James Mackenzie: „Un cercetător ar trebui să fie întotdeauna la adăpost de idei preconcepute, gata să-și revizuiască părerile, chiar și pe acelea la care ținea mai mult. Ceea ce este astăzi o axiomă, mâine poate să nu mai repre-

zinte decât o parte din adevăr. Tendința de a te lăsa dus de tradiție este puternică și este greu să te debarasezi de credințele care ți-au fost inoculate la primele contacte cu știința. Toate acestea au drept consecință inexactitatea a numeroase observații pentru care știința nu constituie decât o simplă poleială".

Din păcate, aceasta este o greșeală în care cad mulți medici. Un pasaj mai lung aparținând lui R. Cruchet este deosebit de semnificativ: „Dificultatea pentru un observator este să-și păstreze sîngele rece, să nu aibă idei preconcepute și să înregistreze ceea ce vede, ceea ce i se spune, cu o neutralitate absolută, pentru a-și păstra libertatea de spirit și a uza de ea la momentul oportun. Cel mai mare număr de erori medicale se datoresc faptului că medicul, avînd capul plin de tipuri clinice cunoscute caută să facă să intre în aceste tablouri toate cazurile de bolnavi pe care îi are de tratat". Și tot el spune mai departe: „Spiritul clinic este necesar pentru a ne pune la adăpost de curențele la modă... Am cunoscut un excelent medic al spitalelor care într-o vreme găsea stenoze mitrale la cei mai mulți din cardiacii pe care îi examina. Timp de mai mulți ani medicii englezi îndepărtau în mod sistematic la copii amigdalele care, după ei, erau cauza celor mai diverse accidente patologice, începînd cu criza de reumatism, cefaleea și tulburările intestinale, pînă la cel mai mic acces febril sau gripa cea mai banală; cîțiva ani mai tîrziu ei au trecut la dinți, a căror focare supurate, atît de des ignorate, provoacă, ziceau ei, toate bolile, recomandînd extrageri, deși vindecarea s-ar fi produs aproape întotdeauna și fără aceasta. Medicii americani au mers pe aceeași linie, pînă cînd, descoperind o altă pistă, ei nu au ezitat să incrimineze apendicele ca fiind cauza tuturor relelor și clinicile s-au umplut de nenumărați pacienți care nu aveau liniște pînă cînd nu erau operați".

Aici trebuie să facem o deosebire între diagnostice la modă și boli la modă. Au fost boli la modă, impuse de medici chiar. Dovadă cazurile citate mai sus. Dar, moda odată lansată de medici, altă dată desigur, era preluată de marele public. Erau persoane care revendica un anumit diagnostic.

Este suficient să ne gândim la colita despre care ne povestește Axel Munthe în „Cartea de la San Michele”, sau la tuberculoză care, după lucrările lui Lăennec, a ajuns la modă pe la mijlocul secolului trecut. Iată ce povestește André François-Poncet: „Bunicul meu, care s-a născut în 1820, îmi povestea că mulți urmăreau intenționat să slăbească și încercau să-și facă în mod artificial mai palid tenul, pentru că aceasta era o manieră de a se face mai interesant. Eroul, căeroana romantică, sfârșeau prin boală de piept. Dama cu cameli, Elvira, tușea de ți se rupea inima”...

Mergînd înapoi în timp ajungem la Broussais care, la începutul secolului trecut, vedea peste tot gastroenterita și endarterita generalizată, pe care le trata prin sîngerări și dietă. Și, poate, n-a fost nenorocire mai mare pentru medicină, sub aspect terapeutic, decît aceste sîngerări. Despre Broussais se zice că a vărsat mai mult sînge decît Napoleon. De aceea spunea pe atunci Alibert, contemporanul său: „Nimic nu-i mai periculos pentru un bolnav decît un medic savant care se apropie de el avînd în minte un sistem”. În această înțelegere a lucrurilor, cînd vorbești de sistem, te gîndești la dogme, la un anumit mod de gîndire, la un anumit mod de a pune diagnosticul sau de a formula o indicație terapeutică.

Astăzi, desigur, situația este alta. Posibilitățile moderne de investigație ne permit să precizăm diagnosticul în cele mai multe cazuri, dar spiritul de sistem continuă să mocnească și împotriva lui trebuie să luptăm. Prea des pun unii medici diagnosticul de gastrită, de colită sau de nevroză. Asemenea greșeli sînt însă mai puțin grave decît altele, care duc la sancțiuni terapeutice mai severe, la intervenții operatorii inutile. Dar și unele și altele trebuie combătute în mod energic.

Sînt totuși situații cînd este foarte greu să păstrezi libertatea de spirit, care îți permite să abordezi cazurile clinice fără idei preconcepute. Aici se ridică problema interferențelor dintre afectiv și intelectual, asupra căroră a insistat Pierre Mauriac. El arată că pentru a gîndi liber, pentru a fi obiectiv, este necesar să te desprinzi de legăturile sentimentale și să nu acționezi decît cu rațiunea. Altfel vezi lucrurile prea optimist sau prea în negru: „Desprindere im-

posibilă, medicină imposibilă; soți și părinți, noi încetăm să fim medici. Dar și în privința bolnavilor și, mai ales, a bolnavelor noastre, desprinderea trebuie să fie regulă: regulă grea, într-adevăr, căci noi avem nevoie de încrederea lor, ceea ce nu merge fără un grad de simpatie".

De aici regula de a nu face diagnostice în familie, pentru că riscul de a greși este mai mare. Și, cu deosebire, se recomandă medicului să nu facă în nici un caz diagnostice pe propria sa persoană.

Problema prejudecăților, a ideilor preconcepute, nu este însă așa de simplă. În fond, ce înseamnă a nu avea idei preconcepute? Cum trebuie interpretate recomandările făcute în această direcție?

Prin prejudecată se înțelege îndeobște o idee admisă dinainte fără examinarea sau cunoașterea directă a obiectului sau fenomenului în cauză. Dar evoluția noastră în societate, în activitatea profesională, se bazează în mare măsură pe experiența câștigată, pe reprezentări, pe principii și pe concepte. Toate acestea constituie idei preconcepute atunci când ne aflăm într-o situație nouă. Sub acest aspect prejudecățile sînt, sau pot fi, foarte valoroase. Ceea ce nu trebuie să facem este să fim sclavul lor, să fim dogmatici, lipsiți de simț critic. O idee, o teză, nu trebuie considerate ca avînd o valoare absolută, aceeași în toate condițiile. Această problemă o tratează cu foarte multă competență H. Seyle, referindu-se la omul de știință, dar considerațiile sale sînt valabile și pentru clinician. „Pe de o parte ne-am spus, cu multă dreptate, că adevăratul om de știință trebuie să fie în stare să se elibereze de prejudecăți, să se arunce în afara căilor obișnuite ale rațiunii, deoarece numai în acest mod el poate să-și păstreze un spirit liber, reușind să observe ceea ce nu caută, sau să formuleze un concept cu totul nou. Pe de altă parte, gînditorul cu adevărat eliberat de prejudecăți știe că nu poate și nu trebuie să se dezbrace cu totul de ele. Dacă ar face aceasta, el ar pierde toate avantajele experienței pe care le-a cîștigat mintea sa, nu numai în decursul propriei sale vieți, ci și în cursul evoluției speciei umane de-a lungul secolelor. Individul total lipsit de prejudecăți, care acordă aceeași atenție tuturor posibilităților, va fi neînmarmat, nu nu-

mai pentru activitatea științifică, ci și pentru a supraviețui. Este un fapt real că oamenii de știință creatori sînt plini de idei preconcepute și de pasiuni. Ei consideră anumite rezultate probabile, iar pe altele improbabile; ei doresc să demonstreze teoriile lor favorite și sînt foarte dezamăgiți cînd nu reușesc acest lucru. Și, de fapt, de ce nu ar avea prejudecăți? Prejudecățile lor sînt cele mai valoroase roade ale experienței pe care și-au format-o. Fără aceasta, ei nu ar fi niciodată în stare să aleagă una din nenumăratele căi posibile care le stau în față".

Prejudecățile sînt așadar roadele experienței noastre. Ele dirijează toate acțiunile noastre. În vorbirea curentă termenul de prejudecată are un sens mai mult peiorativ. Este însă clar modul cum trebuie înțeleasă lupta împotriva prejudecăților. Cînd este cazul, trebuie să fim în măsură să renunțăm la prejudecăți, să dăm dovadă de spiritul critic necesar. Concluzia cu privire la această problemă ne-o oferă tot Seyle: „... O judecată sănătoasă în aprecierea, evaluarea și interpretarea datelor depinde, în mare măsură, de capacitatea de a privi la ceea ce ne stă în față, fără idei preconcepute și fiind dispuși să ne schimbăm părerile dacă noile dovezi o cer, fără a trece, printr-o extrapolare nejustificată, dincolo de concluziile care pot fi trase din ceea ce am observat".

O altă regulă importantă este aceea de a ține seama de orice element nou care intervine și care nu se încadrează în diagnosticul deja stabilit, sau pe cale de a fi formulat. Diagnosticul, cum am văzut, nu este decît o ipoteză atît timp cît nu a fost confirmat în practică. Examenul de laborator, radiologie, examenul anatomic prin biopsie, intervenția chirurgicală, reprezintă tot atîtea metode care pot confirma un diagnostic. Dar, chiar și în acest caz, diagnosticul rămîne numai provizoriu. Pot interveni elemente noi de natură să-l modifice, pot surveni accidente, care complică situația, pot apare boli care se asociază bolii vechi sau pot să îi ia locul. La toate acestea trebuie să se gîndească medicul și să nu adopte o poziție imuabilă, care îl poate duce la greșeli.

Un exemplu foarte frumos de acest gen ce aparține lui Fontaine, îl voi păstra întotdeauna viu în memorie. Un bol-

nav s-a internat în clinică, în timpul stagiului meu de internat, avînd fractură de bazin. La internare, diagnosticul de fractură părea sigur, dar exista și o hematurie. Micțiunea era însă normală, cantitatea de urină de asemenea. Se putea astfel exclude o leziune a uretrei, ca și un traumatism al vezicii urinare. Dar bolnavul nu prezenta nici semne generale de anemie și nici hematom lombar. Diagnosticul în acest caz apărea relativ simplu: fractură de bazin asociată cu o contuzie renală. Nu am găsit indicație operatorie. Fontaine, pe atunci șef de serviciu, examinează și el bolnavul și trage aceleași concluzii. Se face o radiografie care arată o disjuncție a pubisului și o fractură a aripiei iliace drepte.

În ceea ce privește evoluția, este de remarcă că bolnavul a prezentat în zilele următoare o ascensiune febrilă, care a fost atribuită rezorbției sanguine. Hematuria a încetat după 48 de ore. În schimb s-a menținut sensibilitatea în fosa iliacă dreaptă, unde se simțea și o împănare profundă, datorită hematomului iliac.

În ziua a treia temperatura este de 39° , sensibilitatea părea mai accentuată, dar starea generală se menținea bună. Fontaine pune indicația operatorie, intervine și, spre surprinderea noastră, găsește o apendicită gangrenoasă pe cale de a perfora.

Cazul de mai sus este foarte instructiv. Fontaine a acceptat diagnosticul de fractură de bazin și de contuzie renală, care părea cel mai plauzibil. De altfel, acest diagnostic a fost confirmat radiologic. Dar, în timp ce eu am rămas la acest diagnostic, atribuindu-i chiar și manifestările clinice ulterioare, Fontaine, cu mai multă experiență clinică, a remarcat imediat elementele discordante. Temperatura în loc să scadă, a crescut, sensibilitatea în fosa iliacă dreaptă s-a accentuat, în loc să se reducă, cum era de așteptat într-o fractură de bazin imobilizată la pat. Astfel dezvoltînd acea gîndire logică, caracteristică clinicianului, el a interpretat just datele noi și a pus o indicație operatorie corectă care a constituit pentru mine, sub raport educativ, un minunat exemplu.

Din nenorocire, elementele care survin ca o notă discordantă în evoluția unei boli nu sînt întotdeauna exact interpretate și uneori nici nu pot fi corect interpretate. Un exemplu

îl constituie și cazul unuia din marii noștri bărbați de stat. Acesta, în ciuda unei vîrste care pentru mulți ajunge să constituie o povară, se menținea într-o stare fizică excelentă și continua să practice tenisul, pe care l-a îndrăgit întotdeauna. La un moment dat, prezintă un infarct cardiac pentru care i se dau cele mai bune îngrijiri. El însă nu-și revine complet după infarct. Mai mult chiar, slăbește și prezintă diaree. Este tot timpul liniștit și încurajat, dar cînd, în fine, se rectifică diagnosticul, este prea tîrziu: se găsește o carcinoză peritoneală generalizată consecutivă evoluției unui cancer de intestin subțire, care a trecut neobservat.

Suprapunerea unor boli se poate însă produce de la început. De aceea o importantă regulă este aceea ca *medicul să se gîndească la coexistența a două sau mai multe boli ori de cîte ori există manifestări în plus sau care distonează în cadrul tabloului clinic.*

Identificarea nu este întotdeauna ușoară. Semnele sînt de multe ori puțin caracteristice și este nevoie de mult simț clinic pentru un diagnostic corect. Voi relata și aici două exemple.

Într-o zi mi s-a cerut să intervin într-un caz de colecistită calculoasă. Era vorba de o persoană de sex feminin care prezenta de mai mulți ani antecedente de colică hepatică; colecistografia arăta prezența unui calcul de mărimea unei alune. Indicația operatorie a fost pusă deoarece în ultimul timp bolnava a început să slăbească și și-a pierdut pofta de mîncare. Examenele complementare au evidențiat existența unei anacidități gastrice, dar pasajul baritat nu a arătat nici o leziune la nivelul stomacului. Cum leziunile colecistului se repercutează adeseori asupra funcției gastrice, în acest caz s-a pus diagnosticul de gastrită anacidă însoțitoare.

Intervenția a confirmat diagnosticul de colecistită calculoasă simplă. S-a explorat stomacul și pancreasul, dar nu s-a găsit nimic anormal.

Spre surprinderea noastră starea bolnavei nu s-a îmbunătățit după operație. Ea a continuat să slăbească, atît în forță, cît și în greutate și nu mai avea deloc poftă de mîncare. Am cerut un nou examen radiologic al stomacului, dar

și acesta a rămas neconcludent. Cum tulburările continuau să se agraveze, am solicitat un examen baritat în poziție Trendelenburg. Acesta, în fine, a arătat existența unui cancer extins deja al fornixului gastric care a scăpat și examenelor radiologice anterioare și explorării chirurgicale.

Cel de-al doilea caz reprezintă o frumoasă performanță la activul lui Kunlin. Este vorba de un vechi ulceros, căruia încă cu câțiva ani înainte i s-a pus diagnosticul de ulcer duodenal. În ultimul timp simptomatologia s-a modificat: durerile nu mai aveau caracterul ciclic și a apărut diareea. Cazul a fost adresat clinicii cu diagnosticul de ulcer calos însoțit de pancreatită cronică.

Kunlin a examinat acest caz cu mai multă grijă decât noi ceilalți, mai tineri, i-a palpat cu atenție abdomenul, dar și el a fost de părere că indicația operatorie este corectă.

La operație s-a găsit un ulcer cicatricial pe prima porțiune a duodenului. Acesta era însă mobil, nu existau aderențe. Pancreasul era normal. Operația se anunța foarte simplă.

Dar Kunlin continuă să exploreze abdomenul. El pătrunde cu mâna pînă către Douglas și, revenind, palpează metodic colonul. În vecinătatea unghiului hepatic găsește o tumoră de mărimea unui măr, care este un cancer encefaloid. Astfel, în locul unei rezecții de stomac, s-a practicat o hemicolectomie dreaptă după care bolnavul a plecat vindecat din spital.

În acest caz pe Kunlin l-au intrigat diareele și slăbirea bolnavului. El a examinat cu grijă bolnavul, dar tumora era ascunsă în spatele rebordului costal. Leziunile găsite la operație nu l-au satisfăcut. În locul unui ulcer calos, penetrant în pancreas, el a găsit un ulcer cicatricial simplu. Și atunci, în loc să treacă la rezecția de stomac, lucru pe care alții cu mai puțină experiență l-ar fi făcut, el a explorat abdomenul și a identificat cauza tulburărilor.

Dacă medităm puțin asupra ultimelor trei cazuri nu se poate să nu reținem faptul că în toate trei a fost vorba de cancere care au trecut neobservate sau riscau să treacă neobservate. Aceasta ne duce la o altă regulă: *în materie de boli cronice, diagnosticul de cancer este acela care angajează cel*

mai mult răspunderea medicului. Desigur, răspunderea este angajată în toate cazurile și medicul trebuie să facă întotdeauna efortul maxim pentru a pune un diagnostic corect. Dar nu este totuna să întârzie timp de câteva luni, din neglijență sau necunoaștință de cauză, diagnosticul unei afecțiuni pulmonare, al unei cardiopatii, ori să omiți diagnosticul de cancer și să liniștești bolnavul, atunci când orice zi care se pierde îi poate aduce grave prejudicii.

Din nenorocire, diagnosticul de cancer este uneori foarte greu de pus. Cum se explică astfel că atîția medici, atîția profesori de clinică chiar, au ajuns la operație atunci când cazul era depășit. Să luăm ca exemplu cancerul de stomac. În ce mă privește cunosc cel puțin zece cazuri de medici care au ajuns pe masă de operație prea tîrziu. Unul din ele se referă la un fost profesor al Institutului de medicină din Timișoara care s-a mutat la București unde, la un moment dat, a prezentat tulburări gastrice. S-a practicat un examen radiologic, care nu a fost concludent. Când s-a pus problema operației, bolnavul prezenta deja metastaze pulmonare. De aceea ori de cîte ori un bolnav slăbește fără motiv, când își pierde pofta de mîncare, trebuie să ne gîndim la cancer. Mai mult chiar, în unele cazuri o simplă schimbare de caracter, însoțită de astenie, de dată recentă și fără explicație satisfăcătoare, trebuie să ne facă să evocăm acest diagnostic. Aici este foarte important să privim lucrurile dinamic și nu static. Aceasta este o altă regulă a diagnosticului clinic. Poate nicăieri în medicină gîndirea metafizică nu are consecințe atît de grave, ca în materie de diagnostic. Sub acest aspect este demonstrativ un exemplu în care numai evoluția cazului a permis precizarea diagnosticului. Este vorba de un caz unde s-au confruntat doi mari clinicieni, N. Fiessinger și Loeper.

Iată cum relatează cazul chiar Noël Fiessinger: „Am observat, sînt cam 20 de ani de atunci, un bolnav care venea alternativ să consulte pe colegul și amicul meu Loeper și pe mine însumi. El se plîngea de violente dureri epigastrice, complicate de vărsături. Loeper îl cunoștea de mai multă vreme decît mine, deoarece îl îngrijise în cursul uneia din cri-

zele lui dureroase. Pentru el diagnosticul nu lăsa nici o îndoială, era vorba de o colecistită calculaasă, iar colicele violente nu erau decât colice hepatice. Eu văd bolnavul și găsesc, examinându-l o inegalitate pupilară cu dispariția reflexelor la lumină, simptome care caracterizează semnul lui Argyll-Robertson, iar cercetarea reflexelor tendinoase mă face să descopăr abolirea unui reflex achilean. Este vorba, mi-am spus, de sifilis nervos, de o ataxie locomotorie frustră, de ceea ce numim un tabes incipient. Or, tabesul se însoțește adeseori de crize gastrice violente, cu vărsături; acestea sînt crizele gastrice ale tabesului. Ele traduc doar afecțiunea nervoasă medulară. Astfel, eu îmi centrez diagnosticul pe afecțiunea nervoasă și recomand un tratament specific, prevenind în același timp pe colegul meu Loeper.

Bolnavul continuă să facă naveta între noi. Loeper cu toată existența semnelor nervoase, din cauza semnelor veziculare pe care le-a observat, își menține diagnosticul de colecistită litiazică la un tabetic, iar eu acela de crize gastrice tabetice.

Tratamentul pe care l-am instituit nu duce la nici o ameliorare. Loeper recomandă operația, eu mă opun la început, apoi din cauza violenței durerilor și, cuprins de îndoială asupra diagnosticului meu, am sfîrșit prin a ceda. Bolnavul a fost operat. El avea într-adevăr o colecistită calculoasă. Loeper a avut dreptate, iar eu nu".

Cazul de mai sus ne arată cît de delicat este uneori diagnosticul deoarece sînt situații unde chiar și cei mai mari clinicieni pot greși. Acest caz, ca și altele citate mai înainte, ne mai arată că *un medic trebuie să fie întotdeauna dispus să-și revizuiască diagnosticul, să-l corecteze, dacă este cazul, să renunțe chiar complet la el, dacă nu mai corespunde*. Dar cazul de mai sus ne permite să aducem în discuție o stare de spirit care adeseori pune stăpînire pe medic în cursul elaborării diagnosticului, aceea a îndoielii. Sînt situații cînd medicul, cu toate eforturile făcute, nu ajunge la o concluzie care să-l mulțumească. Sînt situații cînd se îndoiește de diagnosticul pe care l-a pus. Este aceasta un rău? În nici un caz, nu. Din contră, în asemenea cazuri îndoiala poate fi asimilată cu

prudența. Ea se deosebește de scepticism, ca de la cer la pământ. Această problemă merită să fie considerată mai în-deaproape.

În activitatea de toate zilele sînt numeroase situațiile cînd medicul trebuie să se ridice deasupra unei simple înțelegeri a lucrurilor, cînd el trebuie să dea dovadă de adevărată înțelepciune, de o cunoaștere adîncă a realităților patologice, de multă experiență, de mult descernămint. În aceste momente el trebuie să fie prudent în concluzii, să-și concentreze toate resursele intelectuale înainte de a se pronunța. A sta la îndoială în asemenea cazuri este o calitate. Aceasta nu înseamnă nicidecum a nu avea încredere în propriile forțe, a nu avea încredere în medicină. Vechii clinicieni vorbeau despre „îndoiala necesară”, iar romanii spuneau că: „Omnia sunt dubitanda”.

În medicină, însăși condițiile de lucru, sub aspectul desfășurării gîndirii logice mai ales, ne obligă la prudență. „Fiecare fapt trebuie discutat, comparat, criticat. Medicina este fără discuție, singura disciplină unde îndoiala se poate erija în regulă. Îndoiala permite medicului să fie sincer față de el însuși, îl obligă să nu se mulțumească niciodată cu aproximații și prin această exigență îl face să urmărească în mod constant progresul” (H. Felix). Îndoială înseamnă prudență, ezitare, circumspecție, adică tocmai acea stare de spirit care este favorabilă descoperirii adevărului. Acest lucru îl sublinia Rostam încă în 1830: „Îndoiala este cea mai fericită dispoziție de spirit pentru a merge cu certitudine pe drumul adevărului”. În aceeași ordine de idei, cunoscutul chirurg Forgue, cu 100 de ani mai târziu, spune. „Cînd sînteți puși să faceți un diagnostic, presupuneți că ați putut să vă înșelați (este dealtfel, o supoziție pe care un om înțelept trebuie să o facă în orice circumstanță a vieții). Întrebați-vă deci ce ar putea avea bolnavul, dacă nu ar avea afecțiunea pe care o bănuți și care sînt rațiunile pentru care trebuie să eliminați celelalte ipoteze”.

În mod deosebit trebuie să evităm a confunda îndoiala cu scepticismul. Asupra acestei probleme Emile Sergent a scris cîteva rînduri pline de conținut. Vorbind despre medic, Sergent spune: „El nu trebuie să fie sceptic, ci rezervat,

prudent, să stea la îndoială chiar. Sceptic este acela care nu crede în nimic, prin definiție. El surîde față de toate și ridică din umeri. Nimic nu îl atinge. Cel care se îndoiește este omul care știe cât de greu este să-ți faci o părere definitivă. El ezită. El s-a înșelat de atâtea ori. El a văzut de atâtea ori pe alții înșelându-se, încît nu mai îndrăznește să creadă că este în fața adevărului. El așteaptă. El se îndoiește. El nu ignorează întinderea ignoranței sale".

Îndoiala în accepțiunea ei ca prudență, este caracteristică clinicianului cu experiență. Cîtă diferență între un tînăr presumțios, încrezut în cunoștințele lui, bazate pe lecturi și clinicianul care s-a călit la școala vieții. Unul formulează în grabă diagnostice savante, bazate pe erudiție, celălalt cîntărește lucrurile cu grije, stă pe gînduri, este mai rezervat, dar concluziile lui sînt mai înțelepte. Primul face gafe răsunătoare. Cel de-al doilea, chiar cînd greșește, greșelile lui aduc mai puține prejudicii bolnavului.

Diagnosticul este în multe cazuri comparabil unei performanțe sportive. În unele situații este cea mai frumoasă victorie. Dar o victorie nu o poți obține subestimîndu-ți adversarul. De aici regula pentru medic de a fi cît se poate de prudent, cît mai rezervat în materie de diagnostic. Experiența arată că cel care spune: „Cred că este vorba de..." se înșeală mai rar decît cel care decretează cu emfază: „Este, sigur, cutare lucru..." Pentru că primul este mai înțelept și totodată mai modest. Înțelepciunea, cum o să vedem, merge mîna în mîna cu modestia.

Dar ce trebuie să facă medicul cînd, după toate eforturile depuse, nu este în măsură să se pronunțe? În acest caz el trebuie să se mai documenteze, să revină apoi la pacient, să judece din nou situația. Acesta este marele avantaj al medicului care lucrează în clinică. Pentru acela care lucrează singur, departe de laboratoare și de bibliotecă, situația este mult mai grea. Dar lui nici nu i se cere atît de mult. Cînd nu este în măsură să pună diagnosticul, el trebuie să îndrume bolnavul către un medic mai competent, către un specialist,

sau este dator să cheme în ajutor. Consulturile există de când există medicina. Bătrînul Hipocrat spunea cu atîta bun simț: „Nu este nimic rău în aceea ca un medic să se găsească în încurcătură lîngă un bolnav. Dacă o experiență insuficientă nu îi permite să judece clar situația, să cheme alți medici lîngă el, astfel ca studiind în comun situația să o clarifice și să ajute bolnavul. Și medicii care examinează împreună bolnavul nu trebuie să se certe și să se acopere reciproc de ridicol”.

Hipocrat recomandă medicilor să nu se certe în prezența bolnavului. Acest sfat revine de-a lungul istoriei ca un leit-motiv, cînd este vorba de consulturi. După căderea Romei, Cassiodor, sfetnicul regelui Teodoric, spune medicilor: „O, meșteri ai artei medicale, căutați să ascundeți controversele prejudiciabile bolnavilor: și dacă nu reușiți să vă puneți de acord, consultați pe cineva pe care îl puteți întreba, fără invidie, căci orice om înțelept trebuie să știe să ceară un sfat”.

A ști să ceri un sfat sau să îl primești este, într-adevăr, mare lucru. Erasmus, marele umanist, spunea că nici un dar nu este mai prețios decît sfatul bun. De aici regula de a cere sfatul unuia cu mai multă experiență, ori de cîte ori ești în impas.

Rămîn cazurile acute, cînd urgența diagnosticului nu lasă timp suficient pentru consult. Se cere un diagnostic rapid, pentru a institui imediat tratamentul. Situațiile cele mai dramatice survin în abdomenele acute unde viața bolnavului este imediat pusă în joc. Ce trebuie făcut în asemenea cazuri, cînd medicul nu este în stare să pună un diagnostic ferm? El va trebui să se mulțumească a pune indicația operatorie și aceasta este tot o problemă de diagnostic. Și va proceda, cînd nu are alte argumente, așa cum îi dictează conștiința, iar, pînă la urmă, va opera, riscul fiind mai mic. Dar să ascultăm și aici două păreri, care reprezintă tot atîtea recomandări.

Prima este a lui Saegesaer: «Chiar și astăzi încă, în unele situații „știința” ne lasă în dubiu, argumentele științifice nu ne permit să rezolvăm o situație. Atunci decizia de luat este cîteodată ușurată dacă se pune întrebarea, eterna și vechea

întrebare, care se pune în fața unui bolnav prezentînd o situație grea. Ce aș face dacă ar fi vorba de mama mea, de copilul meu? De cele mai multe ori răspunsul este găsit și aici ne întîlnim din nou cu Ambroise Paré care, în 1575, spunea: „Fiți față de alții cum ați vrea ca alții să fie față de voi”.

Cealaltă părere este a lui Iacobovici și se referă la indicația operatorie în abdomenele acute: „În această privință eu mi-am ales următoarea linie de conduită și anume: — în caz de îndoială operez, căci este mai bine să regreți la masa de operație, decît la cea de autopsie. Și pot să scriu că dintr-o practică chirurgicală destul de intensă și acum la sfîrșitul carierei, am regretat foarte puțin la masa de autopsie și am avut foarte multe mulțumiri la masa de operație”.

Aceasta înseamnă să alegi soluția cea mai simplă și cu mai puține riscuri pentru bolnav. Cu alte cuvinte un diagnostic nu trebuie să fie forțat și trebuie adoptată de fiecare dată soluția care este mai favorabilă bolnavului.

Nu ne mai rămîne să discutăm decît o singură problemă, aceea a diagnosticului în condițiile neconcordanței dintre datele clinice și rezultatele examenelor de laborator. Ce reguli trebuie urmate în asemenea cazuri?

Mai întîi este de reținut faptul că între clinică și laborator trebuie să existe o concordanță deplină. Cînd aceasta lipsește, trebuie căutate cauzele. Clinica se bazează pe simțuri și este mai expusă greșelilor decît laboratorul. De aceea, ori de cîte ori acesta nu confirmă clinica, este necesar ca medicul să revină lîngă bolnav și să facă o nouă evaluare a semnelor prezente. Dar nu trebuie să uite că și datele laboratorului pot fi eronate și aceasta pentru că există greșeli în materie de tehnică de recoltare, iar interpretarea de multe ori se bazează tot pe simțuri. De aceea, dacă reevaluarea clinică nu explică discordanța, trebuie refăcut examenul de laborator.

În principiu, laboratorul trebuie să completeze examenul clinic, rolul lui este de a îmbogăți cunoștințele noastre asupra cazului în studiu, de a confirma diagnosticul. Chauff-

fard, în prefața scrisă în 1921, la cartea lui Guy Laroche privind examenele de laborator, formulează foarte clar acest lucru: „Fără îndoială laboratorul este departe de a ne da diagnostice gata făcute și ar fi o mare greșeală a i le cere. El înlocuiește studiul direct al bolnavului, dar îl completează, îl clarifică întotdeauna, îl rectifică adeseori”.

Nu trebuie deci să se aștepte totul de la laborator și să se neglijeze clinica. „A se dispensa de a face efortul pentru un diagnostic clinic, chiar și de așteptare, fără ajutorul laboratorului sau al examenului radiologic este o poziție de trîndav, puțin unilitoare”, spune Pasteur Valléry-Radot.

Atitudinea de prosternare în fața laboratorului o stigmatizează cu foarte multă forță de convingere A. Bourguignon: „Cînd în fața unei stări patologice care îl derutează și îl neli-niștește, pentru că nici nu o poate identifica, nici înțelege, medicul cere toate examenele imaginabile, el adoptă fără să-și dea seama o atitudine comparabilă cu a novicelui care face apel la ghicitul în cafea pentru a găsi soluția unor probleme și recurge astfel la o iluzorie prezicere a viitorului. Singura diferență este că examenul zațului de cafea este cu totul iluzoriu, în timp ce examenul izolat al funcțiilor organismului prin laborator nu este iluzoriu decît în parte”. Astfel, credința oarbă în laborator a fost asimilată magiei în medicină.

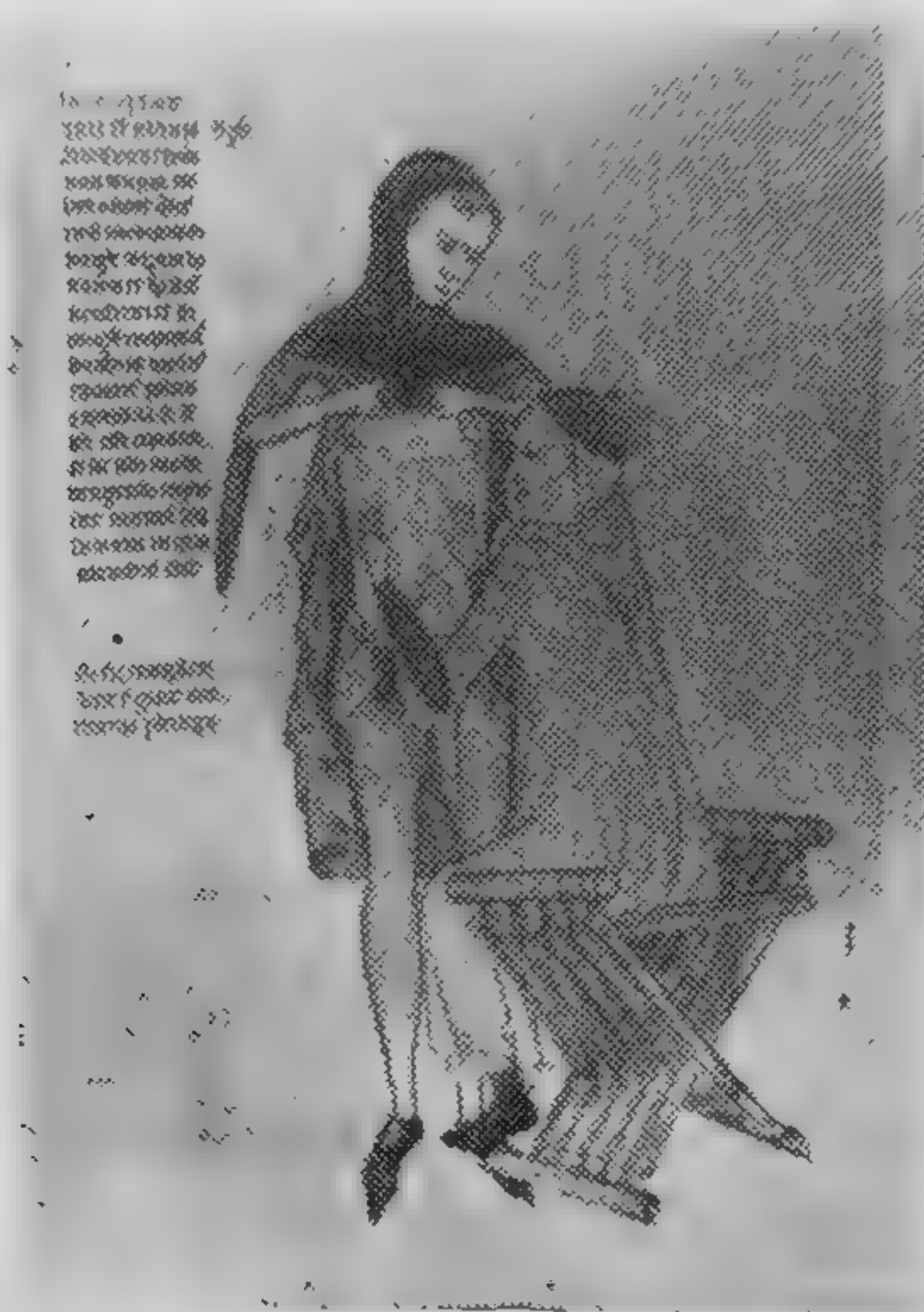
În fine, o ultimă regulă privind folosirea mijloacelor moderne de investigație pentru precizarea diagnosticului. Medicul nu trebuie niciodată să recurgă la o metodă al cărei risc este mai mare decît utilitatea pe care o prezintă pentru bolnav. Astăzi cateterismul cardiac, de exemplu, permite importante precizări privind cardiopatia de care suferă bolnavul. Într-o boală cianogenă congenitală, unde se pune problema intervenției chirurgicale nu ne putem lipsi de această metodă, cu toate riscurile pe care eventual le prezintă. De asemenea, aortografia este necesară cînd sîntem în fața unei tromboze a bifurcației de aortă, sau în fața unui anevrism abdominal, unde trebuie să se stabilească indicația operatorie, care singură poate salva bolnavul. Aceeași problemă

se pune și pentru o arteriografie simplă, în fața unei arterite obliterante tronculare. Dar, toate aceste metode prezintă unele riscuri. Au fost semnalate gangrene după arteriografie, leziuni renale grave după aortografie, decese după cateterism cardiac. De aceea trebuie să existe o bună justificare pentru folosirea lor și această justificare, în fond, nu poate fi apreciată decât luând în considerare serviciile aduse bolnavului.

În afara acestor metode de explorare, există și altele a căror folosire este tot atât de periculoasă: puncția splinei în vederea injectării unei substanțe de contrast pentru splenoportografie, puncția ficatului în vederea biopsiei sau a unei colangiografii transparietale, puncția renală, laparoscopia sau mediastinoscopia făcute în scop diagnostic. Toate aceste metode de investigație comportă riscuri. Fiecare medic cunoaște, din proprie experiență sau din literatură accidente grave care pot surveni în asemenea cazuri: hemoragii interne, peritonite biliare, empieme pleurale sau mediastinite. Asupra lor trebuie să medităm și să reținem ultima regulă pe care am menționat-o, de a nu folosi pentru diagnostic metode periculoase, decât în cazuri foarte bine justificate.

Merită, în încheierea acestui capitol, să fie citat Burger care ne relatează cel mai mare număr de accidente. Este vorba de un fragment de text în care se arată drumul greșit pe care merg toți aceia care uzează de metode complicate în vederea obținerii diagnosticului și, în plus, se schițează estetica diagnosticului. Chiar dacă modul de exprimare nu este dintre cele mai literare trebuie să reținem bogăția de conținut a acestui fragment: „Dacă vrem să apreciem justetea unui diagnostic, nu vom acorda, desigur, premiul întâi aceluia stabilit cu lux de metode complicate, ci vom spune că cel mai bun diagnostic este acela care se apropie mai mult de adevăr și care este stabilit cu mijloacele cele mai simple și mai puțin obositoare pentru bolnav. Aruncînd o privire generală asupra dezvoltării actuale a diagnosticelor, care în anumite domenii au luat un caracter de vivisecție, fiecare medic serios rămîne la îndoială dacă o biopsie sau o puncție exploratoare a ficatului, splinei, rinichiului și mai recent a creierului, ne duc pe-

drumul bun. Privesc cu neîncredere acest diagnostic, din ce în ce mai explorativ, pe care l-aș numi „diagnostic cu harponul”. Dacă excizia unei părți de organ dintr-un om viu este chemată să fie concluzia finală a înțelepciunii diagnostice, puncționatorii de organe n-ar trebui să uite că și acest drum ascunde în el multe primejdii de a cădea în eroare”.



Examen clinic

Stampă în culori : 1345

CAPITOLUL VI



ELABORAREA
DIAGNOSTICULUI CLINIC
CŪ AJUTORUL MAȘINILOR

Realizarea unor mașini capabile să recepționeze o cantitate foarte mare de informații, în stare să le mobilizeze aproape instantaneu și să efectueze, pornind de la ele, o serie întreagă de operații complexe, reprezintă un progres de uriașe proporții, a cărui latură spectaculoasă este din cele mai impresionante. Și aici, ca și în alte domenii ale științei, considerată pe plan general, o performanță de ordin tehnic se însoțește de noi realizări și obligă adeseori la revizuirea unor concepții teoretice, a căror insuficiență devine din ce în ce mai evidentă. Acesta este și cazul medicinei, despre care se poate spune că a intrat în epoca ordinatoarelor. Deocamdată, în materie de diagnostic, ne aflăm însă numai în perioada de experimentare, iar succesele obținute, deși indiscutabile, încă nu permit concluzii definitive. Se ridică numeroase probleme, de mare interes, care nu au putut fi încă rezolvate, a căror discuție este însă bine venită, mai ales pentru clinician, deoarece în viitoarele condiții de lucru multe din acțiunile lui de toate zilele vor apare sub o altă perspectivă. Dar să situăm mai întâi problema și să vedem, sub aspectul general, care sînt aplicațiile mașinilor de calcul în domeniul medicinei.

Medicina cibernetică este o știință de dată recentă. Însuși termenul de cibernetică, ca vîrstă, abia a împlinit 25 de ani, iar Societatea Internațională de Medicină Cibernetică există de numai 15 ani. În acest scurt interval de timp s-a depus însă un mare volum de muncă, au fost ținute numeroase consfătuiri și mai multe congrese internaționale. Materialul acumulat de cercetători este foarte bogat și reprezintă un mare pas înainte în cunoașterea medicală. Este suficient să ne gîndim la progresele făcute în domeniul cercetării mecanismului gîndirii, al memoriei, la noile teorii privind dezvoltarea intelectuală, acumularea experienței și fixarea ei în creier.

Din cadrul mai larg al ciberneticii face parte și informatica, una din ultimele cuceriri ale științei și tehnicii moderne. Informatica este știința prelucrării informației. Ea a găsit un teren de aplicare foarte favorabil în medicină grație posibilităților de prelucrare automată a informației cu ajutorul mașinilor. Între aceste mașini și ființele vii există nu-

meroase analogii funcționale. Sub acest aspect merită să-l cităm pe prof. M. Faure, care face o comparație deosebit de instructivă între ordinatoare și om.

După acest autor, din punct de vedere embriologic, mașinile actuale reprezintă dezvoltarea primelor mașini de calcul, de la mașina lui Aristotel, sau mașina lui Pascal, până la mașinile din zilele noastre. Acestea din urmă sînt fie mașini bazate pe releuri electromagnetice, fie pe bază de tuburi cu vid ori mașini cu tranzistori, care și-au făcut apariția în 1958.

Ordinatoarele se prezintă sub forma unor piese de metal, în formă de dulap, legate între ele prin conducte inelate. Ele au organe de intrare, de prelucrare și de ieșire. Pe de altă parte, ele sînt parcurse de canale care conduc energia electrică și de nevroglii care vehiculează informația. Histologic trebuie să se aibă în vedere celulele sau logicele ordinatorului și semiconductorii.

Mai departe, Faure împinge comparația pe plan fiziologic concepînd metabolismul de bază al mașinii sub formula: energie electrică + programul mașinii + date informaționale = rezultate (date transformate) + căldură. Iar sub aspect fiziopatologic, el are în vedere bolile copilăriei, legate de punerea la punct a aparatului și bolile vîrstei înaintate, deoarece ordinatoarele îmbătrînesc repede și necesită o riguroasă întreținere.

O asemenea juxtapunere a mașinii și a omului este instructivă dar numai atît, deoarece o examinare mai atentă a problemei scoate imediat la iveală diferențe foarte mari. Mai întîi, organele de intrare ale mașinii nu pot fi asimilate cu organele de simț ale omului. Mașina nu recepționează decît date cantitative, după un limbaj mult simplificat, pe cînd organele de simț oferă date și cantitative și calitative. Apoi, mașina are o memorie pur pasivă. Ea recepționează și depozitează. Informațiile pe care le primește le prelucurează după o schemă dinainte stabilită în mod cu totul inconștient. În fond, mașina este înzestrată cu un program care însumează o zestre de date în cantități infinit mai mari decît omul, efectuează prelucrările cu care a fost programată într-un timp infinit mai scurt, dar rămîne numai un instrument în mîinile

creatorului. Conform unui anumit program, ea se poate dezvolta, dar nu poate crea. O mașină poate fi mai bună decât alta, deoarece ea rămîne un produs al omului, a cărui capacitate variază, după cum poate varia și efortul făcut în construirea ei.

În ceea ce privește pătrunderea ordinatoarelor în medicina propriu-zisă, condițiile par ceva mai favorabile în sectorul preclinic. În fiziologie, în mod deosebit, aplicarea modelelor matematice găsește un teren prielnic deoarece este vorba de date biologice precise care pot fi mai ușor prelucrate în limbajul accesibil mașinii. Experiența privind stimularea cardiacă și folosirea modelelor matematice în studiul glandelor endocrine este concludentă din acest punct de vedere. Pe de altă parte, după cum am amintit, folosirea metodelor matematice au permis progrese importante în studiul mecanismului gândirii și a permis elaborarea noilor teorii neurofiziologice ale memoriei. Toate acestea depășesc însă cadrul acestei lucrări și nu ne putem extinde asupra lor.

În activitatea de spital, ordinatele au pătruns mai întîi în sectorul administrativ al marilor instituții spitalicești. Este vorba de ordinatele de gestiune care îndeplinesc numeroase sarcini de ordin administrativ: fac calcule de tot felul, privind întreținerea, stabilesc costul zilelor de spitalizare, planifică investigațiile, apreciază rentabilitatea. Aceste ordinate permit și calculul indicilor de morbiditate în sînul populației, dau posibilitatea efectuării de anchete epidemiologice, utile pe plan național și internațional. De aici și interesul pe care l-au suscitât pentru medicii interesați în activitatea administrativă a spitalelor. Sub acest aspect medicii au fost mai ales atrași de posibilitățile noi pe care le oferă ordinatele în materie de clasare și păstrare a dosarelor medicale. Aici însă se ridică, pentru moment, unele greutăți din cauza polimorfismului foilor de observație. Ordinatorul nu prelucreză datele decât dacă acestea au fost simplificate și îi devin astfel accesibile. Or, conținutul uneori atît de bogat al foilor de observație nu poate fi redus la „da” sau „nu”, care este singurul limbaj pe care îl poate învîta ordinatorul. Desigur, așa cum o să vedem, dosarul medical poate în mare măsură să fie fragmentat în unități de informație

foarte mici, în moduri de expresie standard astfel ca să poată intra în programul rigid al mașinii, care apoi face prelucrarea după dorința creatorului. Acest lucru este posibil pentru partea de rutină a foii de observație, pentru urmărirea evoluției bolnavului și satisfacerea activității de ordin terapeutic. Ordinatorul permite deci constituirea unui dosar medical în rezumat, al cărui conținut îl reține în memorie și care este util pentru activitatea spitalicească de toate zilele și eventual, pentru alcătuirea unor statistici ulterioare. Dar cu aceasta medicul nu este scutit de întocmirea foilor de observație detaliate care singure permit cercetarea științifică. În fiecare foaie de observație se pot găsi elemente potențial importante pentru o cercetare ulterioară, dar care nefiind recunoscute în momentul redactării, nu sînt comunicate ordinatorului, deoarece acesta preia numai rezumatul. În viitor, desigur, și această problemă va fi rezolvată, pentru moment este încă necesar ca dosarele integrale să fie păstrate în arhivă, ca și pînă acum, pentru a putea servi cercetării științifice.

După cum reiese din cele de mai sus, una din greutățile principale privind utilizarea ordinatoarelor în medicină este aceea a posibilității folosirii unui limbaj simplu. Problema se ridică și pentru mașinile de diagnostic. Necesitatea unui limbaj special pentru mașină a dus la cercetări care au împins mult înainte studiul limbajului uman. În mod deosebit au ieșit în evidență unele deficiențe ale limbajului în general, a limbajului medical în special. La toate acestea medicii nu s-au gîndit suficient, dovadă atîtea noțiuni care au fost acceptate și sînt folosite curent în clinică, fără să aibă un conținut bine precizat.

O primă condiție pentru construirea și folosirea ulterioară a ordinatoarelor este deci utilizarea unui limbaj adecvat. Acesta trebuie să fie pe de o parte uniform și precis, pe de alta tradus în simboluri matematice, adică transformat în limbaj cantitativ. Să vedem însă această problemă ceva mai detaliat.

Ordinatorul la care ne referim este construit în vederea elaborării diagnosticului clinic. Pentru aceasta mașina recepționează o serie de informații privind simptomatologia pe

care o prezintă bolnavul pe care le raportează la profilurile diagnostice cu care a fost programată și dă imediat răspunsul. Aici se impune imediat o observație. Mașina nu creează, nici nu inventează. Ea nu face decât să enunțe diagnosticul cel mai probabil, sau diagnosticele mai probabile, după cum este cazul. Diagnosticul făcut de un clinician poate fi asimilat cu un act de creație, atunci când acesta reușește să precizeze natura unei afecțiuni, dispunând de foarte puține elemente simptomatice și în condiții în care un alt medic nu pune diagnosticul, dar nici el nu inventează ci pune unul din diagnosticele existente. Este de înțeles că mai întâi se descoperă bolile și abia apoi ele sînt diagnosticate. Mașinile în schimb, dacă au același program și prelucrează aceleași informații, în situații identice deci, pun același diagnostic. Dacă mașinile diferă însă în ceea ce privește programarea, rezultatele pot să difere și ele. La informații egale, răspunsul mașinii va fi cu atît mai precis cu cît aceasta dispune de un program mai complet, adică de o zestre mai mare de cunoștințe și de o mai mare precizie în programare.

Este de remarcat de asemenea că aceleași operații pe care le face mașina, le poate face și omul. Ea nu este superioară omului ca inteligență și nici nu are puteri magice. Și omul poate face toate calculele de raportare a tuturor semnelor clinice la toate profilurile simptomatice cu care este programată mașina. În schimb, mașina are o capacitate de cuprindere mult mai mare decît omul, nu obosește și efectuează diferitele operații într-un ritm mai rapid. De aceea diagnosticului pus de ordinator i se spune și diagnostic automat.

Dar să revenim la limbajul mașinii și la modul ei de funcționare. Limbajul am văzut că trebuie să fie uniform și precis, deoarece medicina devine acum matematică. Or, limbajul medical nu este nici uniform și nici precis. Această problemă s-a discutat pe larg la capitolul unde s-a analizat limbajul medical sub aspectul logicii formale. În cele ce urmează voi da numai cîteva exemple și pentru o mai justă înțelegere a numeroaselor probleme care se ridică în legătură cu limbajul mașinii și modul ei de funcționare, vom proceda

cît se poate de simplu. Vom aborda succesiv și în mod schematic diferitele probleme așa cum s-ar ridica ele în cursul construirii unui ordinator.

Să admitem că s-ar pune problema să construim un ordinator destinat să facă diagnostice și să stabilească indicațiile terapeutice în bolile venoase ale membrelor inferioare. Cum am putea face acest lucru, de exemplu, odată ce sînt autori care admit existența varicelor profunde, în timp ce alții neagă complet existența lor? O anchetă internațională asupra acestei probleme, publicată în *Timișoara Medicală* (nr. 1, 1968) este foarte edificatoare din acest punct de vedere. Părerile au diferit mult de la un autor la altul, ceea ce ilustrează o deficiență, aș zice grosolană, în uniformitatea înțelegerii actuale a patologiei venoase. Dar sînt atîtea exemple de deficiență mai mici. Autorii vorbesc de vene comunicante, de vene perforante, de vene anastomotice, fără să existe un acord asupra conținutului acestor noțiuni. Unii vorbesc de boală postflebitică sau de boală posttrombotică, alții de sindrom postflebitic sau sindrom posttraumatic, pentru aceeași entitate patologică. În ce ne privește, în numeroase lucrări anterioare, am folosit cînd unul din acești termeni, cînd altul, fără să acordăm o atenție deosebită problemei. În prezent, pătrunderea ordinatoarelor în medicină, scoate în evidență toate aceste deficiențe care urmează a fi corectate. În cazul ordinatorului pe care dorim să-l construim, nu vom folosi deci termenul de varice profunde, deoarece acestea nu reprezintă o entitate nozologică aparte. Apoi, vom da definiții precise: venele anastomotice sînt acele vene care leagă trunchiurile venoase superficiale între ele, safena internă de safena externă, sau trunchiurile profunde între ele, tibiala posterioară de peronieră. Venele comunicante trec prin aponevroză și leagă trunchiurile venoase superficiale de cele profunde, de exemplu safena internă de tibiala posterioară. În ceea ce privește venele perforante și ele perforează aponevroza, de unde numele lor, dar drenează direct sângele de la tegumente în venele profunde, evitîndu-se astfel sistemul superficial. În fine, vom folosi numai termenul de boală posttromboflebitică. În cadrul acestei boli, care are la bază nu

numai o tromboză ci și o inflamație venoasă, există grupări diferite de manifestări clinice sub formă de sindroame, dintre care unele necesită intervenție chirurgicală, iar altele nu.

În afară de noțiunile care aparțin în propriu patologiei, se pune și problema calificativelor de tot felul folosite în medicină, care și ele sînt de multe ori imprecise. O tumoră poate fi mică, mare, foarte mare, de consistență mai mult sau mai puțin dură, cu conturul relativ bine delimitat, fixată parțial la țesuturile din jur. De asemenea, într-un abdomen acut poate exista o contractură parietală de grad variabil, greu de definit, iar starea generală se poate altera foarte repede. Or, toate aceste calificative, adjective sau adverbe, trebuie să fie exacte și exprimate cifric. Numai sub această formă ele pot fi oferite mașinii ca informație inițială.

Acestea fiind spuse, putem începe programarea presupunînd că dispunem de un limbaj precis și uniform privind domeniul de patologie pe care trebuie să-l învețe mașina. Acum însă ne lovim de o nouă greutate. Dacă programăm mașina în condițiile unei înțelegeri restrînse a patologiei, nu am făcut mare lucru. Aceasta, de exemplu, în fața unui caz clinic ne va răspunde insuficiența venoasă cronică cu tulburări trofice și ulcer. Acest diagnostic este evident și mașina nu ne-ar servi la nimic. Ar însemna că mașina noastră ar pune numai cîteva diagnostice, ca boală varicoasă, boală tromboembolică sau insuficiență venoasă cronică. În realitate în cadrul acestor afecțiuni există numeroase profiluri patologice care necesită tratamente diferite. Nu este tot una să fii în fața unui caz de tromboză postoperatorie incipientă, cînd semnele clinice sînt discrete sau lipsesc, dar există un pericol iminent de embolie pulmonară, sau în fața unei tromboze venoase a membrelor inferioare în stadiul de convalescență, cînd manifestările clinice sînt încă impresionante, dar boala este practic stinsă. De asemenea, există o insuficiență venoasă cronică consecutivă evoluției varicelor hidrostatice, alta consecutivă unei tromboze venoase anterioare, alta simptomatică unui anevrism arteriovenos sau unei malformații venoase congenitale. În cadrul bolii posttromboflebitice

chiar, în clinica noastră, am izolat în ultimul timp patru sindroame care pot fi foarte bine definite și care necesită o atitudine diferită din partea medicului.

O mașină de diagnostic trebuie să fie programată astfel ca pe lângă diagnosticul clasic să stabilească profilul patologic tip, util prognosticului, și să traseze indicații operatorii precise. În cazul insuficienței venoase cronice, cu tot polymorfismul leziunilor diagnosticul este ușor de pus, dar indicația operatorie este uneori foarte greu de stabilit. Mașina va fi utilă numai dacă permite acest lucru, pe care puțini specialiști îl pot face cu precizia necesară.

Toate acestea ilustrează un lucru care devine din ce în ce mai evident. Pătrunderea ordinatoarelor în medicină are ca o primă consecință restructurarea patologiei clasice, în sensul unei precizii mari și a apropierii ei de practică. Teoriile sînt foarte utile, adeseori indispensabile, dar ceea ce trebuie să degajeze din studiul patologiei sînt datele precise, utile prin sancțiunea terapeutică pe care o comportă.

Dar să revenim la limbajul prin care putem informa mașina. Informația, în cazul care ne interesează, constituie totalitatea fenomenelor observate la un bolnav, adică simptomatologia bolii. Pentru a o transmite mașinii va trebui să o transformăm în limbaj cantitativ. Practic vorbind, orice text medical, orice observație medicală, poate fi descompusă într-o serie întreagă de semne care vor reprezenta cele mai mici unități de măsură. Operația trebuie efectuată, desigur, în anumite condiții, dar rezultatul va fi un vocabular de semne care cuprinde toate manifestările patologice ale unui organ dat sau ale unui domeniu de patologie. Acest vocabular de semne constituie „scara de apreciere” cu care este dotată fiecare mașină.

În scara de apreciere în cazul care ne interesează am putea nota, de exemplu, cu S₁ dermatita pigmentată, cu S₂ celulita subcutană, cu S₃ ulcerarea de gambă. Aici este însă cazul să facem mai multe observații.

Mai întâi, va trebui să avem în vedere necesitatea unei selecții, adică a reținerii numai a semnelor semnificative pentru problema care ne interesează. Dermatita pigmentară, celulita, ulcerul, sînt semne reprezentative pentru afecțiunile

venoase ale membrelor inferioare și trebuie reținute ca deosebit de importante. Dar sînt și alte situații. Unii bolnavi, de exemplu, se plîng de prurit. Acesta constituie o manifestare frecvent întîlnită dar puțin semnificativă pentru diagnostic. Cu toată importanța lui, îl putem elimina de pe scara noastră de apreciere. În schimb vom menține un alt semn, foarte rar întîlnit, acela de venă pulsatilă. Din punct de vedere diagnostic, acest semn este foarte valoros pentru identificarea anevrismului arteriovenos sau a fistulelor arterio-venoase congenitale. Deși foarte rar, îl vom reține deci.

Apoi, va trebui să avem grijă să reținem în primul rînd acele semne care pot fi precis identificate. Semnele clinice, care sînt elementele variabile în problema care ne preocupă, trebuie să ne permită ca în fața unui anumit caz clinic să putem constitui un profil simptomatic al cazului dat. Idealul este ca în fața aceluiași bolnav mai mulți medici să alcătuiască același profil simptomatic. În acest caz, raportînd profilul simptomatic al bolnavului la profilurile patologice cu care a fost programată, mașina va enunța același diagnostic. Situația cea mai ușoară se întîlnește în cazurile cînd este vorba de date reprezentînd rezultatele unor investigații clinice sau de laborator, de cifre ori de curbe, ușor de tradus în limbaj matematic. Un exemplu îl constituie ordinatoarele care permit analiza automată a electrocardiogramei, sau calculatoarele folosite pentru diagnosticul cardiopatiilor congenitale. Sînt dintre primele care au intrat în practică. Situația este mai delicată atunci cînd este vorba de semne care se bazează pe aprecieri subiective, care pot să difere de la om la om, sau de semne interpretabile în mod diferit. În cazul nostru, putem lua în considerare leziunile de dermatită pe care unii autori le etichetează, în mod greșit, de eczemă. Desigur de asemenea semne nu ne putem lipsi în scara noastră de apreciere, dar va trebui să le definim precis, în așa mod încît toți cei care folosesc calculatorul să gîndească în spiritul celor care l-au construit. Problema a fost de altfel mult discutată și se recomandă în unele cazuri să se obțină acordul diferiților autori asupra unui anumit semn, în vederea stabilirii unui indice numeric privind acest acord. Un in-

„dice ridicat a ceea ce francezii numesc „la fidelité inter-juges” este o condiție necesară ca un anumit simptom să fie reținut.

Se mai ridică și alte probleme privind aria de cuprindere a ordinatorului. În cazul nostru, al bolilor venoase, am dori să construim un ordinator cu o arie de cuprindere mică, dar care să poată pune indicații terapeutice de mare finețe. Cu alte cuvinte, dorim un ordinator destinat medicilor care abordează această specialitate și care nu au încă o experiență personală suficientă. În acest caz, unitățile noastre de măsură sînt prea mari și trebuie să detaliem informația. Să luăm de exemplu celulita. Aceasta se poate prezenta sub formă de celulită acută, complicație care se întâlnește mai ales în caz de puseuri streptococice de tip erizipelatos, de celulită subacută, de celulită cronică indurativă sau retractilă, caracteristice unor sindroame din boala posttromboflebitică. Ulcerația, de asemenea, se poate prezenta sub numeroase forme clinice: ulceratii superficiale, ulcere capilaritice, ulcer cronic terebrant, ulcer pe țesuturi normale și ulcer pe un soclu extins de leziuni trofice. Toate aceste date trebuie, avînd în vedere obiectivul nostru, comunicate mașinii. Pentru aceasta avem posibilitatea ca pentru unele simptome să notăm mai multe grade privind frecvența sau intensitatea, iar acolo unde acest lucru nu se poate face vom nota fiecare tip de leziune cu un alt simbol. În acest mod mărim scara de apreciere, mai ales dacă introducem și alte simptome destinate să permită eliminarea unor leziuni asemănătoare, care nu sînt de origine venoasă, un edem limfatic de exemplu.

În cazul nostru, lărgirea scării de apreciere nu prezintă nici un inconvenient, deoarece este vorba de un ordinator care cuprinde un domeniu restrîns al patologiei. Ce trebuie să se facă însă dacă aria de cuprindere a ordinatorului e mai mare,

dacă spre exemplu, în cazul nostru, am dori să cuprindem toate afecțiunile vasculare ale membrilor inferioare și arteriale și venoase, plus unele afecțiuni articulare sau osoase. În asemenea situație, din contră, ar trebui să condensăm informația. Condensarea se poate realiza grație procedeelelor matematice cunoscute sub denumirea de analiză factorială. În acest caz variabilele, adică semnele inițiale, sînt înlocuite cu semne noi, denumite factori, în număr mult mai mic, fără ca prin aceasta să se piardă din informație. Exemplificarea acestei eventualități o putem face cu ajutorul scării de apreciere pe care am ales-o unde semnele dermatită + celulită + ulcer, pot fi înlocuite cu factorul tulburări trofice, sau semnele: venă dilatată, vena alungită și sinuoasă sau dilatație venoasă ampulară, cu factorul varice. Condensînd însă informația, ordinatorul va da răspunsuri mai generale.

Reiese întreaga complexitate a acestei probleme, aflată încă în stadiul de experimentare. Există însă unele domenii ale medicinei clinice unde aportul ordinatoarelor apare de neprețuit. Aceasta este situația în lupta împotriva cancerului, de exemplu, unde se pun probleme deosebite de urmărire a bolnavilor, de ținere la zi a dosarelor, de calcule uneori foarte complicate privind iradierea tumorilor profunde. De asemenea, ordinatoarele se arată foarte utile pentru supravegherea bolnavilor în sălile de reanimare (sistem monitoring cu ordinator), pentru urmărirea bolnavilor operați, în chirurgia grefelor, unde se pun probleme numeroase și din cele mai delicate în legătură cu compatibilitatea tisulară. În materie de diagnostic însă aportul ordinatoarelor nu poate fi evaluat în momentul de față în mod exact. O comparație între om și mașină este aici, foarte utilă.

În elaborarea diagnosticului clinicianul procedează în etape. Pornind de la informațiile pe care le culege în cursul

examinării, ținând seama de rezultatele investigațiilor clinice și de laborator, el caută să circumscrie problema și să ajungă la diagnostic. El reacționează folosind metoda inducției și a deducției și poate reveni asupra drumului parcurs dacă nu și-a atins obiectivul. Dar el poate pune diagnosticul uneori bazându-se numai pe un număr mic de semne. Un bun clinician se remarcă prin economia mijloacelor pe care le folosește, prin alegerea judicioasă a semnelor mai caracteristice (RIMOLDI). Mașina, din contră, condensează informația și enunță diagnosticul dintr-o singură trăsătură. Ea nu face decât să raporteze profilul simptomatic al bolnavului în cauză la toate profilurile patologice tip cu care a fost programată și stabilește prin calcul indicele de apartenență. Indicele cel mai ridicat reflectă diagnosticul cel mai probabil. Pentru ca mașina să nu greșească se cere, pe de o parte, ca ea să aibă în program toate profilurile patologice, să aibă deci o cunoaștere exhaustivă a patologiei, iar pe de altă parte, să primească o informație exactă asupra manifestărilor clinice ale bolnavului, adică să i se comunice profilul simptomatic cu precizie. Dar cel care culege datele este omul, cu simțurile lui. Oricât de exactă ar fi înregistrarea datelor pe care ni le oferă, de exemplu, auscultația și codarea care se face apoi, oricât de precis ar fi transmisă informația privind consistența unei tumori abdominale profunde sau gradul de apărare musculară într-un abdomen acut, rămîne totuși un element important de apreciere subiectivă, care poate face mașina să greșească diagnosticul. Chiar și în cazul folosirii ordinatoarelor, exactitatea diagnosticului rămîne în funcție și de calitatea medicului care le utilizează.

Mașina are indiscutabil unele avantaje asupra omului. Posibilitățile ei de cuprindere a patologiei sînt infinit mai mari, ea face calculele fără greșală, nu obosește și este

obiectivă. Ea nu știe ce sînt prejudecățile. Dar mașina nu posedă acea gîndire creatoare, care permite omului să formuleze ipoteze, pornind de la un număr mic de fapte constatate. Apoi mașina nu face decît aprecieri statice. Ea răspunde doar la întrebări. Ea nu urmărește desfășurarea procesului patologic, care se poate schimba dintr-un moment într-altul. Omul este în măsură să aprecieze mai corect anamneza, el ține seama mai bine de modul de debut și este mai apt să aprecieze evoluția. În fine, mașina este incapabilă să sesizeze unele nuanțe privind starea bolnavului pe care omul le intuiește uneori. Mai ales se pune aici problema tulburărilor de ordin funcțional care grevează din ce în ce mai mult patologia. Astăzi, în unele domenii ale patologiei, cel puțin, enunțarea diagnosticului nu mai este suficientă. Diagnosticul trebuie racordat la personalitatea bolnavului și acest lucru îl poate face numai medicul. „Starea organismului, în genere, a sistemului nervos în special, structura psihologică a bolnavului, condițiile lui de viață — uneori modul cum înțelege el viața sînt deseori parametri mai importanți decît boala nosografică. Căci acești parametri condiționează evoluția bolii, posibilitățile de vindecare sau de compensare. În înțelegerea acestei situații complexe, în care ceea ce numim subiectiv se împletește cu elementele obiective, stă necesitatea efortului amintit și acest lucru nu-l poate face nici un aparat electronic oricît de perfecționat ar fi el”, spune, cu foarte mult adevăr, D. Postelnicu.

O discuție asupra folosirii ordinarilor nu poate fi considerată epuizată fără a lua în dezbateri, pe scurt, două rezerve care au fost formulate privind această nouă orientare a medicinei contemporane. Una privește dezumanizarea medicinei, cealaltă prîgătirea viitorilor medici.

Pătrunderea în proporții din ce în ce mai mari a aparaturii medicale în clinică riscă, într-adevăr, să contribuie la

dezumanizarea medicinei. În noile spitale, uneori de uriașe proporții, omul suferind se simte mic și neajutorat. El este permanent în căutarea unui punct de sprijin. Un zîmbet, o vorbă prietenească, reprezintă tot atîtea puncte de sprijin în acest domeniu străin, puțin familiar. În locul unui contact cu un semen al său, care să-l înțeleagă, el întâlnește numai aparate, care îi măresc inconfortul și fac mediul în care se află, mai rece, mai străin.

Toate acestea sînt adevărate. Dar ordinatorul nu este decît un aparat pe lîngă atîtea altele și el nici măcar nu se interpune între medic și bolnav. Medicul face legătura între mașină și bolnav, care pot rămîne departe unul de altul.

Nici cealaltă rezervă privind pregătirea viitorilor medici nu pare întemeiată. S-a spus că în condițiile mecanizării medicul nu mai este incitat să se pregătească cu aceeași asiduitate, să facă aceleași eforturi de gîndire ca în perioada de glorie a medicinei clinice. Munca o poate face mașina, ea poate aduna datele, ea poate interpreta, oferi diagnostice. La ce mai sînt necesare, se întrebă unii, simțurile ascuțite, spiritul de observație, gîndirea precisă și ordonată a clinicianului, dacă el nu face decît oficiul de a dirija un bolnav de la un aparat la altul. Medicina riscă să își schimbe profilul, spun pesimiștii, și acest lucru este în dezavantajul și al bolnavului și al medicului.

Din fericire această perspectivă este foarte depărtată, iar obiecția, în sine, se adresează mai puțin ordinatoarelor, decît laboratorului și diferitelor metode de investigație folosite astăzi pe o scară atît de mare. Apoi mașina de diagnostic nu poate funcționa fără ajutorul medicului, iar acesta trebuie să fie foarte competent pentru a-i furniza date precise. În plus, ordinatoarele duc, așa cum am și arătat, la restructurarea patologiei și la precizarea limbajului medical, elemente indiscutabile de progres.

În fine, se mai pun unele probleme de ordin economic, care au o pondere destul de mare. „Este necesar să avem în vedere costul ridicat de cumpărare și de întreținere a ordinatorilor, raportul între exigențele unității și posibilitățile ordinatorilor; faptul că introducerea ordinatorilor nu poate avea loc fără o organizare formală preexistentă, care să fi atins punctul său critic, punct unde informatica să fie justificată și economică” (Acad. Șt. Milcu).

Sînt apoi alte probleme pe care le enunță prof. M. Voiculescu, pe lângă acelea de cost-beneficiu: „reacția bolnavilor față de o automatizare crescîndă în medicină; problema secretului medical, al unor date confidențiale încredințate computerului; dacă greșește computerul cine va răspunde? etc.”

Va putea oare ordinatorul să ia locul medicului? Îi este mașina superioară lui? În nici un caz, nu. Acest lucru îl exprimă foarte frumos André Maurois în discursul ținut la Congresul moralei medicale, din 1966: „Se pot distinge la medic, la scriitor, partea de rutină a cercetării, a observației și momentul de iluminare cînd în mod brusc clinicianul întrevede ipoteza salvatoare, iar romancierul capodopera sa. Edison spunea că invenția ia naștere din 99% transpirație și 1% inspirație. Mașina va impiața din ce în ce mai mult asupra celor 99%. Va fi ea capabilă să își apropie vreodată și restul de 1%? În starea actuală a cunoștințelor noastre acest lucru pare de neconceput. Nici o mașină nu va compune o simfonie de Beethoven, nici o mașină nu va scrie un roman ca *Père Goriot*. Se poate concepe ușor o mașină care să facă diagnostice, căreia laboratorul i-ar putea furniza pe cartoane perforate toate datele în legătură cu starea bolnavului. Această mașină există de pe acum; ea va aduce servicii, pentru că asimilează și clasează într-o secundă mult mai multe elemente decît poate să stăpînească creierul uman.

Va trage însă ea concluzii tot atât de sigure ca un mare clinician? Cum poate fi crezut acest lucru? Mașina este incapabilă să stabilească o ierarhie a simptomelor. O observație, rezultatele unei analize trebuie să fie nu numai înregistrate, dar și interpretate. Pe de altă parte, nu toate datele pot fi măsurate și transmise mașinii.

Simțul clinic, spiritul de observație, geniul vor continua să joace un rol important. Dacă medicul renunță să țină seama de elementele imponderabile, el riscă să-și piardă suflarea și bolnavul.

Locul mașinii este alături de om, dar ea nu trebuie și nu poate să îi ia locul.



În sprijinul medicului: o aparatură modernă.

CAPITOLUL VII

OCTAV BĂNCILĂ :
Incurcat în socoteală (1909)



ERORILE DE DIAGNOSTIC ȘI SEMNIFICAȚIA LOR

În activitatea sa de toate zilele, medicul este expus la tot pasul să facă greșeli. Nicăieri însă riscul nu este atât de mare ca în materie de diagnostic. Această problemă merită să fie discutată ceva mai detaliat deoarece cunoașterea cauzelor care stau la baza erorilor de diagnostic este utilă pentru practica medicală, luată în general.

În medicina hipocratică principala latură a activității medicale era prognosticul. Cunoștințele privind bolile erau sumare, iar posibilitățile terapeutice minime. Nu puteau fi identificate decât unele boli externe, cum sînt leziunile traumatice sau unele infecții. Cît despre tratament, se considera că cel mai important lucru era să nu se împiedice acțiunea binefăcătoare a naturii. Astfel, riscul de a greși în definirea bolii sau în materie de terapeutică era relativ mic. Dar medicul trebuia să formuleze un prognostic și în acest domeniu ocaziile de a greși erau frecvente iar greșelile mai penibile pentru medic, deoarece toată lumea era în măsură să le aprecieze. „În medicină, acela merită să fie lăudat, care face mai puține greșeli“, spunea Hipocrat, referindu-se la prognostic.

Odată cu dezvoltarea clinicii, posibilitățile de a greși în materie de diagnostic au devenit mult mai frecvente. Cunoașterea medicală a făcut progrese mari, datorită confruntării anatomo-clinice. Au fost identificate numeroase boli, cauzele lor au ajuns să fie bine cunoscute. Dar, recunoașterea bolilor se baza mai mult pe simțuri, pe spiritul de observație al clinicianului. De aceea greșelile de diagnostic păreau ca ceva obișnuit.

Astăzi, riscul de a greși în materie de diagnostic este mult mai mic, din cauza marilor posibilități de explorare pe care ni le oferă medicina modernă. Dar acest risc continuă să existe, în ciuda aparaturii și va continua să existe, dacă nu mai mult, cel puțin în etapele inițiale ale cercetării bolnavului. De aceea, analiza greșelilor de diagnostic va fi mereu actuală.

În legătură cu aceasta se ridică 3 probleme, de inegală importanță. Prima problemă se referă la modalitățile prin care se stabilesc greșelile de diagnostic, a doua la clasificarea greșelilor, iar cea de-a treia, cea mai importantă dintre toate,

este legată de cercetarea cauzelor care generează greșelile. Precizarea cauzelor rămîne problema cea mai importantă și mai instructivă în acest studiu, deoarece reprezintă, am putea spune, latura profilactică.

În ceea ce privește modalitățile de verificare a diagnosticului, există astăzi multiple posibilități. Un diagnostic poate fi confirmat sau infirmat printr-un examen de laborator. Acesta reprezintă unul dintre cele mai simple mijloace de a controla justetea diagnosticului, cu atît mai mult cu cît rezultatul poate fi obținut uneori în decurs de cîteva ore. Un alt mijloc de confirmare îl reprezintă reexaminarea bolnavului la un eșalon superior: dispensar, policlinică, spital. Și în aceste condiții rectificarea diagnosticului poate fi obținută imediat. În alte cazuri, cînd bolnavul rămîne sub supravegherea aceluiași medic, justetea diagnosticului poate fi apreciată prin evoluția bolii, prin rezultatele terapiei instituite. Dar o asemenea verificare necesită timp. Sînt și situații complexe, cînd diagnosticul nu este precizat decît în cursul intervenției chirurgicale sau la autopsie.

În aceste condiții putem înțelege de ce într-o anumită epocă medicii nu aveau posibilități de a verifica diagnosticul. Este cazul medicinei medievale, cînd disecțiile erau interzise, chirurgia puțin dezvoltată, iar laboratorul lipsea. Pe de altă parte, cunoștințele medicale erau foarte sumare și evoluția bolii nu putea fi corect interpretată. Bolnavii se vindeau sau mureau și de multe ori, greșeala de diagnostic nu era evidențiată decît dacă ea ducea la un prognostic eronat sau comporta o sancțiune terapeutică care se arăta, pînă la urmă, greșită. Din acest punct de vedere, chirurgii au fost întotdeauna avantajați față de interniști, deoarece intervenția operatorie le permitea să-și verifice mai ușor greșelile. Sub acest aspect merită să fie citat un pasaj dintr-un text scris în latinește de Henri de Mondeville, în 1312, text instructiv și pentru faptul că ilustrează lupta dintre medici și chirurgi, care în epoca aceea se manifesta într-un mod foarte ascutit: „Chirurgia este superioară medicinei, spunea el, pentru că: — ea vindecă boli grele, în tratamentul cărora medicina este neputincioasă;

— ea vindecă boli care nu s-ar vindeca prin nici un alt mijloc, nici de la sine, cu ajutorul naturii, nici prin medicină; medicina, efectiv, nu vindecă nici o boală cu destulă evidență, ca să nu se poată spune că s-ar fi vindecat și fără concursul ei;

— operele chirurgiei sînt vizibile și manifeste, în timp ce ale medicinei sînt ascunse, ceea ce este un lucru fericit pentru mulți medici; pentru că, dacă au comis o eroare oarecare asupra bolnavului, aceasta nu este evidentă, și dacă îl omoară, aceasta nu se face în mod descoperit, dar o greșeală din partea chirurgului apare foarte clar și nu poate fi imputată nici naturii, nici forței de rezistență a bolnavului, astfel că el nu se poate scuza și nici acuza pe altcineva".

Într-adevăr, greșelile chirurgilor au fost mai evidente, sub toate aspectele, iar erorile lor de diagnostic au fost întotdeauna mai prompt sesizate și sancționate. Astăzi însă posibilitățile de control sînt atît de mari încît o greșeală de diagnostic este rectificată, mai devreme sau mai tîrziu, indiferent de specialitatea pe care o practică medicul.

În ceea ce privește clasificarea greșelilor, distingem două categorii mari de fapte: cazurile de neconcordanță parțială și cazurile de neconcordanță totală între concluzia medicală care reprezintă diagnosticul și realitatea patologică pe care acesta trebuie să o exprime.

În neconcordanța parțială greșeala este de un grad mai mic. În această categorie distingem două feluri de greșeli: diagnosticele incomplete și diagnosticele greșit formulate. Sînt greșeli de diagnostic care se întîlnesc cel mai des în practică și, în general, medicii nu le acordă importanța pe care o merită, deși ele pot comporta consecințe foarte grave pentru bolnavi. Se mai află medici care nu urmăresc să formuleze foarte corect diagnosticul și într-un mod cît mai complet decît în anumite condiții, cînd, de exemplu, examinează bolnavul în fața unei comisii de concurs, ceea ce reprezintă o gravă deficiență în materie de educație medicală.

Numărul cel mai mare de greșeli intră în diagnosticul incomplet și se caracterizează prin omitere. Situația cea mai critică o constituie un diagnostic în care se omite să se men-

ționeze o boală asociată. În capitolul precedent, am dat două exemple de acest gen: asociația unei colecistite calculoase cu un neoplasm al fondusului gastric și asocierea unui ulcer duodenal cu neoplasm de colon. În asemenea cazuri lipsa de identificare a bolii asociate care este un cancer poate aduce prejudicii foarte grave bolnavului. De asemenea, poate avea consecințe grave pentru un bolnav care urmează să fie operat nedeptarea unei diateze hemoragice, cum ar fi hemofilia, a unui diabet sau a unei nefropatii, care pot compromite actul operator. În alte cazuri omisiunea are mai puțină importanță, cum ar fi, de exemplu, lipsa menționării în diagnostic a unui hidrocel simplu la un bolnav care prezintă o tuberculoză gravă a coloanei vertebrale. În fine, omiterea unei leziuni asociate poate fi total lipsită de semnificație, ca ignorarea unui lipom al cefei sau a existenței picioarelor plate la un bolnav care prezintă un chist hidatic pulmonar supurat.

Un diagnostic incomplet poate fi reprezentat în unele cazuri și prin omisiunea precizării stadiului de boală, a unei complicații, a etiologiei. Astfel, în cancer diagnosticul stadial are o importanță deosebită, deoarece condiționează direct indicația terapeutică. De asemenea, o complicație poate uneori schimba situația: perforația într-un caz de ulcer gastric, infecția unui chist hidatic, sau embolia în tromboza venoasă a membrelor inferioare. A nu menționa complicația într-o situație de acest gen constituie o greșeală foarte serioasă. În fine, sînt cazurile unde diagnosticul nu este complet dacă nu se menționează și etiologia bolii. Exemple pot fi diagnosticele de arterită diabetică, de insuficiență venoasă cronică posttrombotică a membrelor inferioare, de stenoză esofagiană postcaustică etc.

Diagnosticale incomplete sînt și diagnostice greșit formulate. Sînt însă situații unde diagnosticul este greșit numai prin formulare incorectă sau unde aceasta din urmă primează. De aceea, li se poate rezerva o grupare separată.

Expresia cea mai simplă a unei formulări greșite o constituie folosirea unor termeni incorecți. Astfel, de exemplu,

după unii autori termenul de tromboangită nu este potrivit deoarece implică ideea unei infecții sau inflamații, denumirea de tromboangioză fiind mai acceptabilă.

În alte cazuri formularea este greșită prin folosirea de termeni cu înțeles prea larg: insuficiența cardiacă, abdomen acut, septicemie. Un asemenea diagnostic este prea general, deoarece în acest cadru intră numeroase boli, față de care comportarea noastră poate să difere. Din acest punct de vedere a fost mult discutat diagnosticul de abdomen acut. Termenul de abdomen acut nu trebuie folosit decât ca desemnând un capitol de patologie. Unii autori au căutat să-l justifice și cu titlul de diagnostic, deoarece comportă o sancțiune chirurgicală de urgență. Dar sînt cazuri cînd indicația operatorie nu este absolută, cum ar fi pancreatita acută hemoragică. Pe de altă parte chirurgul trebuie să-și facă un plan al operației și pentru aceasta este necesar să știe cu ce boală are de-a face. Chiar și cînd faci o simplă laparotomie incizia trebuie să fie plasată corect pentru a aborda cît mai direct leziunile. Astfel, există riscul de a disemina o infecție sau de a face o explorare lungă, care este întotdeauna traumatizantă. De aceea diagnosticul trebuie să fie formulat cît mai precis, indicîndu-se boala și principalele ei caracteristici, dacă este cazul: stadiu, complicații, formă clinică, etiologie etc. Iată cîteva exemple de diagnostic corect formulate, culese din domeniul chirurgiei: septicopiohemie stafilococică complicată cu artrită supurată a genunchiului stîng, litiază coledociană cu icter și angiocolită, ulcer calos al micii curburii însoțit de stenoză mediogastrică etc.

În alte cazuri diagnosticul este formulat prea îngust, cînd se menționează numai una din manifestările bolii chiar dacă aceasta este manifestarea principală. Ca exemple pot fi date diagnosticele simptomatice: cefalee, hematemeză, piurie, icter. Acestea sînt diagnostice lipsite de precizie, înguste și largi în același timp, deoarece chiar dacă este vorba de unul din simptomele bolii acesta poate fi întîlnit în numeroase alte boli.

Toate sînt diagnostice greșite prin neconcordanță parțială. În aceste cazuri diagnosticul reflectă boala, dar numai parțial sau deformat. Ele diferă de concordanța totală unde

concluzia diagnostică nu corespunde deloc realității. Este vorba în aceste cazuri de diagnostice neadevărate : se pune diagnosticul de ulcer de stomac și bolnavul are un cancer gastric, sau diagnosticul de litiază renală când bolnavul suferă de tuberculoză. Din punctul de vedere al cunoașterii, acestea sînt greșelile cele mai grave. Din punct de vedere medical, consecințele lor diferă însă foarte mult de la un caz la altul. Astfel, confuzia între un chist sebaceu și un lipom, între un varicocel și un hidrocel, între un fibron uterin și un chist de ovar, nu are consecințe prea grave pentru bolnav. Este vorba de afecțiuni a căror gravitate este comparabilă, care comportă practic aceleași indicații operatorii. În schimb, confuzia între un fibrom uterin și o sarcină, între o tumoră benignă și una malignă, între abces și un anevrism este mult mai gravă deoarece indicația terapeutică care va rezulta va fi profund dăunătoare bolnavului. În primul caz se intervine inutil cu riscul de a pierde sarcina, în al doilea se amîină operația și cazul devine inoperabil, iar în al treilea se face o incizie care poate provoca o hemoragie mortală. De-a lungul anilor greșeli de acest gen au fost făcute în mare număr și literatura medicală ne oferă numeroase exemple.

În legătură cu gravitatea greșelii de diagnostic, unii autori disting trei grade : inexactitatea de diagnostic, când este vorba de un simplu defect de formulare, greșeala de diagnostic, când există o nepotrivire parțială și eroarea de diagnostic, când nepotrivirea este totală. În vorbirea de toate zilele nu se face însă o deosebire între greșeala de diagnostic și eroarea de diagnostic.

O altă clasificare a greșelilor, mult mai importantă din punct de vedere filozofic, este legată de conținut și formă. În materie de diagnostic, așa cum am văzut, conținutul este reprezentat de realitatea patologică adică de suferința bolnavului, în timp de formularea, atît ca mod de gîndire, cît și ca exprimare aparține formei. Greșeala poate să fie legată de conținut și de formă. Greșeala legată de conținut se numește greșeală faptică, iar cea legată de formă, greșeală logică. Greșelile factice sînt cele mai grave, ele duc la neconcordanțe totale de diagnostic, în timp ce greșelile logice duc de cele mai multe ori la neconcordanțe parțiale.

Între greșeala faptică și greșeala logică există o legătură strinsă deoarece una poate genera pe cealaltă. Greșeala faptică poate fi sursa greșelii logice în timp ce formele gândirii, influențând conținutul reflectării realității, pot duce și ele la greșeli factice. Pe de altă parte, așa cum am văzut, diagnosticul poate fi incomplet prin omiterea unei boli asociate, cum ar fi un cancer. Omiterea în acest caz, constituie o greșeală faptică, legată de conținut. Aceasta înseamnă că o neconcordanță parțială de diagnostic nu trebuie privită întotdeauna numai ca o greșeală logică.

Cu aceasta am ajuns la problema surselor greșelilor de diagnostic care în acest domeniu reprezintă problema majoră. Urmează să vedem cum iau naștere greșelile și să aducem câteva exemple concrete pentru o mai bună înțelegere a faptelor.

În procesul stabilirii diagnosticului trebuie să distingem două laturi; una obiectivă, legată de boală și de bolnav, și alta subiectivă, legată de medicul examinator. Sub acest aspect, distingem greșeli de cauză obiectivă și greșeli de cauză subiectivă.

Primele sînt cele mai grave dar ele nu reprezintă după K. E. Tarasov decît 30—40% din totalul greșelilor de diagnostic. Ele se datoresc, în primul rînd, complexității obiectului cunoașterii, reprezentat în cazul nostru prin procesul patologic. Patologia se dezvoltă pe zi ce trece, volumul cunoștințelor pe care trebuie să și le însușească medicul crește, sînt descrise boli noi. În același timp, se perfecționează mijloacele de investigație, apar metode noi de diagnostic. Dar procesele patologice sînt foarte variate, uneori de o rară complexitate și, ca urmare, greu de descurcat. Alteori manifestările clinice sînt latente și afecțiunea poate trece neobservată. De aici multiple posibilități de greșeală de diagnostic, legate de boală.

Dar, pe lîngă boală, și bolnavul poate fi sursă de greșeli. El poate determina eroarea de diagnostic prin informațiile false pe care le dă, în mod voit sau nu, cît și prin dificultăți

tățile pe care le ridică în calea unui examen corect. Astfel, la un obez, palparea abdomenului poate să fie neconcludentă, o formațiune tumorală, de exemplu, trece neobservată.

Să vedem acum câteva exemple de greșeli datorate unor cauze de ordin obiectiv.

În primul rând, sînt greșelile de diagnostic datorită faptului că boala principală sau boala asociată nu prezintă manifestări clinice suficiente pentru diagnostic. Uneori latența este completă, ca în cazul următor, care ne este relatat de către Noël Fiessinger: „Nu de mult, spune el, am observat o tînră de 20 de ani, căreia i s-a întîmplat un lucru neobișnuit. Ea se plimba pe bulevarde, sănătoasă și fericită, deoarece ziua eliberării se anunța foarte apropiată. Sănătatea ei era perfectă, ea nu se plîngea de nimic. La un moment dat, ocupanții înarmați cu mitraliere dintr-o fantezie pe care o socoteau eroică, au început să tragă asupra mulțimii. Întîmplarea nenorocită o face să primească un glonte în abdomen. Este internată la spitalul Hôtel-Dieu unde un chirurg o operează imediat și îi suturează șase perforații ale intestinului. Dar, spre surprinderea lui, descoperă o peritonită tuberculoasă. Urmările au fost simple. Bolnava s-a vindecat și peritonita ei tuberculoasă nu s-a manifestat prin nici un simptom, nici înainte, nici după această intervenție chirurgicală. Această tînră suferea deci de o boală care nu putea fi depistată prin nici un simptom”, conchide Fiessinger.

Iată o altă observație pe care o prezintă M. Burger, din care reies greutățile pe care le întîmpină medicul în unele cazuri în care o complicație mășchează afecțiunea de bază. „O pacientă de 60 de ani este adusă în clinică cu diagnosticul de tromboflebită și pneumonie după infarct pulmonar. Ea se află într-o stare generală foarte gravă, este cașectică și anemică. Simptoamele acestea sînt interpretate ca semne de pneumonie după infarct, cu exudat concomitent. Pacienta moare curînd în urma insuficienței cardiace acute. Autopsia a confirmat diagnosticul și a descoperit, în plus, un carcinom hepatic și un hipernefrom, ambele rămase nediagnosticate în cursul vieții”.

Această observație merită un scurt comentariu. Diagnosticul pus a fost exact, deoarece a fost identificată trom-

boflebita, iar leziunea pulmonară corect interpretată. În fața unei tromboflebite, la o persoană în vîrstă, medicul trebuie să se gîndească la o neoplazie. În cazul de mai sus această problemă nu prezenta decît un interes cu totul secundar, bolnava fiind în pragul decesului. Admițînd însă cazul că medicul și-ar fi pus această problemă și că ar fi indentificat neoplasmul hepatic, i se putea oare cere să meargă mai departe în efortul de precizare a diagnosticului? Chiar dacă bolnava ar fi fost în măsură să suporte investigațiile de rigoare, este puțin probabil că s-ar fi pus un diagnostic complet.

Sînt situații în care latența este absolută. Fiecare medic stie cît de numeroase sînt autopsiile la persoane în vîrstă în cursul cărora se găsesc calculi biliari fără ca aceștia să fi dat loc la vreo manifestare clinică de natură să permită diagnosticul. În cazurile de acest gen, desigur, diagnosticul clinic nu poate fi pus.

Alteori, există semne clinice dar acestea nu sînt caracteristice. Un exemplu foarte edificator ni-l oferă Denovillers, pe la mijlocul secolului trecut. Într-o zi acesta depune pe masă la Societatea de chirurgie din Paris o tumoră și cere celor prezenți, toți chirurghi cu multă experiență, să se pronunțe dacă este un lipom sau abces rece. Fiecare examinează cu grijă piesa și, pînă la urmă, jumătate din societate opiniază pentru lipom, jumătate pentru abces rece. Confuzia în acest caz a fost posibilă deși lipomul este tumoră solidă, iar abcesul rece o tumoră cu conținut lichid, fiindcă în abcesul rece lipsesc semnele inflamatorii, iar lipomul este pseudo-fluctuent. În aceeași ordine de idei, poate fi citat Nélaton despre care se spune că în culmea carierei sale a luat drept lipom un chist sebaceu.

Dintre toate exemplele de greșeli de diagnostic de ordin obiectiv, cea mai semnificativă, sub toate aspectele, rămîne eroarea de diagnostic privind anevrismele arteriale. Anevrismul este o tumoră vasculară care se manifestă prin semne din cele mai tipice. Este vorba de o tumoră variabilă ca volum, situată pe traiectul unei artere, care prezintă semne

deosebit de caracteristice, ca pulsatilitate, expansibilitate și prezența unui suflu sistolic. Cu toate acestea, literatura medicală menționează numeroase erori de diagnostic, dintre care unele sînt de-a dreptul dramatice. Să luăm cîteva exemple, pornind de la începutul secolului al XIX-lea, cînd, grație metodei anatomo-clinice, acest leziuni au ajuns să fie foarte bine cunoscute.

Unul din primele cazuri, devenit celebru, este reprezentat de greșeala de diagnostic a lui Pelletan care a fost demis din funcția de șef al serviciului de chirurgie de la spitalul Hôtel-Dieu din Paris în 1815, pentru că a luat drept abces un anevrism al arterei femurale pe care l-a incizat, pierzînd astfel bolnavul. Urmașul lui a fost Depuytren. Se pare că acesta a jucat un rol activ în demiterea lui Pelletan din funcția de șef de serviciu. Dar și marelui Depuytren i s-a întîmplat să incizeze un anevrism al axilarei, crezînd că este vorba de un abces.

Aceeași greșeală au făcut-o și alți mari chirurgi. Pirogov, de exemplu, povestește cu o sinceritate care îi face cinste și asupra căreia vom reveni, cum, după o călătorie lungă și grea, a fost chemat de către un bolnav care resimțea dureri violente la nivelul unei gambe. Aceasta era sediul unei inflamații intense. Era vorba, spune el, după toate aparențele, de un flegmon supurat. Bolnavul insistă să i se curme cît mai repede durerile. Obosit, Pirogov a judecat că este un caz foarte clar. El înfige sigur bisturiul în tumoră. Un val de sînge arterial îi arată imediat greșeala.

Puțin mai tîrziu, Von Bergmann incizează ceea ce i se părea a fi o angină flegmoasă. Bolnavul sucombă prin asfixie iar autopsia arată că a fost vorba de un anevrism al carotidei interne.

Poncet, la rîndul său, comite aceeași greșeală. Iată relatarea pe care ne-o face Forgue asupra acestui caz: „... Poncet, acest chirurg al cărui diagnostic era atît de sigur, a avut durerea de a întîlni, spre sfîrșitul activității sale chirurgicale, un asemenea caz, de o impresionantă gravitate. Era vorba de anevrism aortic cu uzură osoasă și cu complicații inflamatorii; aspectul clinic era absolut acela al unui abces cald al toracelui. Sub lovitura bisturiului omul

se prăbușește. Poncet face față acestei nenorociri cu multă demnitate. „Ați primit botezul singelui”, spune el cu tristețe asistenților”.

În toate aceste cazuri este vorba de confuzie între un anevrism și o afecțiune supurată, abces sau flegmon. Asemenea greșeli sînt deci posibile odată ce ele au fost comise de chirurghi, cu multă experiență, deși, la prima vedere ele apar greu de înțeles. În ce constă explicația?

În mod normal anevrismul arterial are o simptomatologie din cele mai tipice. Sînt situații însă, unde simptomatologia se modifică și aspectul clinic nu mai este atît de caracteristic. Într-un anevrism se pot produce cheaguri și atunci pulsatilitatea și expansibilitatea nu mai sînt evidente. De asemenea, suflul poate dispărea. Pe de altă parte, anevrismul dă loc la o reacție inflamatorie de vecinătate, se extinde progresiv, erodează osul. Mai mult chiar, în contact cu el se pot produce abcese microbiene. Haens, de exemplu, incizează un astfel de abces. După opt zile abia se produce ruptura anevrismului urmată de hemoragie fatală.

Dar anevrismele nu au fost confundate numai cu supurații. Dunning, de exemplu, în 1876 incizează un anevrism crezînd că este un sarcom al regiunii poplitee. Au fost semnalate și erori de sens invers, cazuri de tumori de altă natură care fiind pulsatile sînt luate drept anevrism. Asemenea cazuri sînt foarte des citate în patologie, dar aici eroarea de diagnostic nu are consecințe atît de grave. Exemplul cel mai cunoscut este al lui Bardleben, publicat în 1877. Bazîndu-se pe examenul clinic el a pus la un copil diagnosticul de anevrism al arterei meningeae mijlocii, care a suscitat pe atunci un viu interes, dată fiind raritatea acestei localizări. Au fost practicate mai multe operații printre care și ligatura carotidei internă. Starea micului suferind nu s-a îmbunătățit deloc, dar moartea nu a survenit decît cîțiva ani după aceea. Tumora a fost examinată, între alții, și de Virchow. A fost vorba de un sarcom voluminos, cu celule fuziforme, cu punct de plecare de la spongioasa osului.

Dificultatea de diagnostic între unele tumori, bine vascularizate sau pulsatile datorită contactului cu o arteră și anevrismele reiese și din următorul exemplu. Sir James Paget

pune într-un caz diagnosticul de anevrism și descoperă artera iliacă pentru a practica ligatura ei. În cursul intervenției, el rectifică diagnosticul și nu mai face ligatura, deoarece i s-a părut că este în fața unui cancer. Omul însă a murit de hemoragie și la autopsie s-a văzut că era totuși un anevrism.

Iată deci câteva exemple care ne arată cât de mult poate varia aspectul clinic chiar și într-o afecțiune din cele mai bine conturate clinic. Posibilitatea de a greși este însă mult mai mare în afecțiunile puțin caracteristice, în cazurile unde manifestările sînt atipice. Două exemple citate de Matthes ne arată câte greutate se ridică uneori în diagnosticul unei boli. În primul caz este vorba de un bolnav mai în vîrstă, de meserie voiajor de comerț, internat în spital cu suspiciune de holeră. Bolnavul este în stare de colaps, are diaree puternică și vărsături. Febra, meteorismul abdominal și splenomegalia lipsesc; puls filiform, zgomote cardiace clare, dar foarte asurzite, matitatea cardiacă, probabil acoperită de sonoritatea pulmonară, nu apare în nici un caz mărită. În scurt timp bolnavul moare. La autopsie nici un semn din partea aparatului digestiv. În schimb se găsește un anevrism cardiac rupt.

În cel de-al doilea caz este vorba de o plagă împușcată a toracelui cu perforarea diafragmei, care, aparent, s-a vindecat foarte simplu. Bolnavul se plîngea de dureri violente la stomac. Durerile erau continue, exacerbate prin alimentație și calmate prin repausul la pat. La examenul stomacului, spune Matthes, nu am găsit nici un semn care să justifice durerea; nu s-a găsit nici hemoragie ocultă. Cum starea bolnavului era de nesuportat și cum se părea că tulburările erau datorite aderențelor, s-a recurs la laparotomia exploratoare. S-a găsit un anevrism al arterei mezenterice, provocat probabil de o leziune datorită glontelui. Anevrismul s-a rupt în timpul operației și bolnavul a murit de hemoragie.

Dacă însă caracterul complex și variat al proceselor patologice oferă posibilitatea de a greși, transformarea greșelii din posibilitate în realitate depinde de medic, care reprezintă factorul subiectiv. Un exemplu concludent îl oferă Richet, care era pe punctul de a deschide un abces al axilei

cînd, din fericire, examinînd mai atent, simte un fremisment și percepe un suflu sistolic care îi permit să pună diagnosticul de anevrism.

Cu aceasta ajungem la cauzele subiective ale greșelilor de diagnostic, legate de examinator, de cunoștințele și experiența lui, de capacitatea lui de a gîndi.

Mai înainte, însă, este util de reținut următorul exemplu în care există și cauze obiective și cauze subiective la greșeala de diagnostic: „O bolnavă este internată pentru tumoră a splinei, cu anemie și stare febrilă. Prima ipoteză este de leucemie. Hemograma și puncția sternală infirmă acest diagnostic. Febra septică, anemia, ficatul mărit și un suflu intens la nivelul orificiului mitral duc spre ipoteza unei endocardite. Deși hemoculturile sînt negative se menține acest diagnostic. Se face un tratament cu penicilină și transfuzii, urmat de îmbunătățirea hemogramei.

După opt săptămîni apare brusc o tumefiere dureroasă în regiunea rinichiului stîng. La puncție se extrag 100 centimetri cubi de puroi și se pune diagnosticul de abces paranefritic.

Bolnava este transferată într-un serviciu de chirurgie, unde se operează și se găsește o pungă pionică de mărimea unui cap de copil, supurată, care a fost interpretată greșit ca tumoră de splină” (M. Bürger).

În cazul de mai sus există cauze obiective la baza greșelii de diagnostic, legate de complexitatea procesului patologic, dar există și cauze subiective, legate de examinator. Este greu de stabilit în ce măsură au intervenit unele sau altele în geneza greșelii, în urma simplei lecturi a unei foi de observație rezumată. Fiecare din noi se simte însă îndemnat în acest caz să încline balanța spre cauzele obiective.

Greșelile de ordin subiectiv pot fi grupate în trei categorii: greșeli prin necunoaștere, prin examen incomplet și prin gîndire medicală greșită.

Necunoașterea sau ignoranța în materie de patologie ocazională greșeli de diagnostic, mai ales în cazurile unde este vorba de afecțiuni rare. Nu poți diagnostica o afecțiune pe care nu o cunoști și nici nu poți fructifica un simptom

a cărui semnificație îți scapă. Medicul ajunge însă destul de repede să dispună de cunoștințele necesare pentru practica medicală curentă așa că greșelile din această categorie sînt procentual mai rare față de celelalte două categorii. Dar, să vedem un exemplu de acest gen.

Am văzut, sînt aproape 20 de ani de atunci, un tînăr sportiv care mi-a fost adresat pentru artrită gonococică a articulației pumnului stîng. Diagnosticul i-a fost pus în străinătate unde luase parte la un turneu de lupte greco-romane și părea bine fundamentat: existau semne de artrită acută, iar bolnavul avea o uretrită cronică. Radiografia, mi s-a spus că nu arată nimic deosebit. Erau însă cîteva elemente care făceau notă discordantă: turburările au debutat brusc în timpul unei întreceri sportive, după o mișcare forțată de extensia mîinii, degetele erau blocate în semiflexiune și existau parestezii în domeniul nervului median. Un examen mai atent al radiografiilor a arătat existența unei luxații a osului semilunar. Aceasta data de două săptămîni și nu s-a mai putut reduce decît pe cale sîngerîndă. Bolnavul s-a vindecat fără sechele.

Într-un asemenea caz diagnosticul nu se poate face fără cunoașterea semnelor bolii și fără posibilitatea de a interpreta corect radiografia. Alteori, din cauza necunoașterii, se pun diagnostice incomplete, simptomatice, sau se menționează numai complicația. Cele mai edificatoare exemple se referă la unele boli care nu erau cunoscute în epoca în care a fost observat cazul. Iată o scurtă observație din Enciclopedia internațională de chirurgie editată în 1886, redată de Henry Morris, la capitolul privind abcesele fecaloide: „O fetiță de 10 ani, în stare de sănătate bună, care n-a avut decît indigestii și ceva vărsături bilioase, a resimțit după o asemenea criză o durere în regiunea inghinală dreaptă, cu iradieri posterioare; toată regiunea cecului era sensibilă și abdomenul era timpanic; după cincisprezece zile s-a format un abces care a fost deschis; au ieșit gaze și un puroi fetid, de culoare brună și după patru zile a apărut în plagă un corp rotund, dur, de mărimea unei alune. Copilul sa vindecat repede. Acest corp nu era altceva decît un nucleu for-

mat din colesterină, înconjurat de materii fecale. Originea biliară a nucleusului nu era deci îndoieală". Această observație este prezentată de Morris ca exemplu de abces intraperitoneal fecaloid datorit calculilor biliari. Autorul menționează că nu poate preciza locul, unde abcesul comunica cu intestinul deoarece bolnava s-a vindecat.

Această observație datează dintr-o epocă în care apendicita încă nu era cunoscută. Astăzi cazul ne apare ca cel mai banal abces apendicular, iar corpul străin nu este altceva decât un calcul stercoral.

Progresele medicinei au îmbogățit cunoașterea bolilor, care astăzi sînt mai ușor recunoscute, mai bine înțelese. De la diagnosticele simptomatice sau nozologice simple, s-a ajuns astăzi la diagnostice de finețe, care cuprind boala, complicațiile prezente, factorii etiologici, asigurînd în acest fel interpretarea corectă a leziunilor.

O bună cunoaștere a patologiei scutește de unele greșeli și permite diagnostice de finețe. Dar greșelile datorate unui examen incomplet sînt mult mai frecvente.

Un examen poate fi incomplet pentru că nu i se consacră timpul necesar. Medicul este grăbit, examinează în fugă, nu gîndește suficient. În acest mod el poate trage concluzii greșite și diagnosticul este eronat. Iată un exemplu aparținînd lui Zimmermann, destul de vechi, deoarece datează de la sfîrșitul secolului al XVIII-lea: „În primele luni ale practicii mele o tînră a venit să mă vadă la Berna. I s-a tăiat o febră de acces, spunea dînsa, și abdomenul i s-a tumefiat mult. Am întrebat-o dacă nu era însărcinată. Nu, mi-a răspuns ea, niciodată vreun om nu m-a atins. Am crezut deci, după examen convenabil că suferea de timpanită. Dar această tînră a născut în curînd un copil foarte drăguț, care a făcut să dispară boala" ...

Diagnosticul de timpanită care se punea pe atunci era un diagnostic simptomatic care se făcea în cazurile de tumefacție abdominală. Ulterior timpanita a fost asimilată meteorismului de astăzi și a ajuns să fie considerată ca principală manifestare clinică a ocluziei intestinale.

În cazul de mai sus eroarea de diagnostic s-a făcut cu o sarcină. Aceasta constituie cea mai clasică expresie a ero-

rii de diagnostic și în același timp cea mai usturătoare pentru medic, sub aspect de amor propriu. Van Swieten, acum peste 200 de ani spunea: „Niciodată reputația unui practician nu este în așa mare pericol decât atunci când este chemat să diagnosticheze o sarcină”. Se citează numeroase cazuri de erori de acest fel. Una din cele mai celebre este a marchizei de Bade-Dourlac care a fost tratată de hidropizie pînă cu patru zile înainte de naștere.

În legătură cu eroarea sa de diagnostic bătrînul Zimmermann face următoarea afirmație care merită să fie reținută. „Onoarea medicilor și a artei lor ar lua din zi în zi o strălucire mai puternică, dacă ei nu și-ar precipita judecata, dacă ei și-ar spune cu drept cuvînt: nu m-am grăbit nicio dată prea mult”.

Un examen poate fi incomplet din cauza oboselii. Am văzut că Pirogov și-a atribuit greșeala de diagnostic, citată mai înainte, oboselii, după, o călătorie lungă și grea. În legătură cu aceasta Noël Fiessinger spunea următoarele: „În cursul unei vieți veșnic în alarmă, ignorînd repausul săptămînal, orele de destindere, vacanțele regulate, ignorînd adeseori liniștea nopții și întotdeauna calmul meselor, oboseala medicului se explică pe deplin. Sînt zile cînd este tracasat. Să nu ne mirăm deci dacă în asemenea condiții, acest travaliu frumos care se numește diagnostic este scurtat, eludat, sau chiar suprimat. Și atunci eroarea devine posibilă. Este ea scuizabilă? Desigur că da. Dar această eroare poate fi corectată pentru că medicul trebuie să simtă cum ia naștere din oboseală”.

Din fericire, pe măsură ce medicul devine mai ocupat, în aceeași măsură crește experiența lui. Altfel, ar trebui ca numărul greșelilor să crească proporțional cu vîrsta. Dar medicul nu trebuie să uite nici un moment că un diagnostic delicat nu se poate pune în fugă și că atunci cînd este obosit el trebuie să renunțe la unele examinări mai laborioase.

Dar un examen poate fi incomplet din mai multe motive: din modul superficial de examinare, din subaprecierea istoricului bolii și a datelor de interogatoriu, din neglijarea explorării unor organe pe care medicul le presupune sănă-

toase, din cauza unei tehnici de examinare defectuase. Palparea unui abdomen va spune mai mult unui medic cu experiență decât unui începător, tehnica percuției se îmbunătățește cu timpul, iar auscultația nu își dezvăluie toate resursele decât cu anii. De aceea, când experiența este încă redusă, medicul trebuie să o suplinească prin grijă, prin atenție, prin meticulozitate.

Un examen trebuie întotdeauna completat cu datele de laborator. Dar nu trebuie să se uite că aceste date pot induce în eroare. Una dintre cele mai răsunătoare greșeli de diagnostic cunoscută în istoria medicinei privește pe Frederic al III-lea și merită să fie redată aici.

Frederic al III-lea, împăratul Germaniei, căsătorit cu una din fiicele reginei Angliei, a prezentat în 1887 o afecțiune a laringelui pe care internistul Gerhardt și chirurgul Von Bergmann au diagnosticat-o drept cancer. Regina Angliei trimite pe Sir Morell Mackenzie care examinează bolnavul și cere o biopsie. Piesa este examinată de Wirchow, care nu găsește leziuni neoplazice. Operația nu se face și bolnavul moare după un an și jumătate de cancer.

Acest caz a dat loc, cum era de așteptat, la numeroase discuții. Cîțiva ani după aceea Von Bergmann prezintă în amfiteatru un bolnav care suferea de cancer al laringelui, verificat istologic. Bergmann compară acest caz cu cel prezentat de Frederic al III-lea despre care spune, cu foarte multă severitate, că „a căzut din nenorocire în mîini incompetente”. Apoi, el declară solemn: „Îi voi face acum acestui bolnav operația care singură ar fi putut păstra majestății sale și coroana și viața”. După deschiderea laringelui s-a văzut că nu era vorba de un carcinom, bine localizat, ci de o infiltrație întinsă și voluminoasă de origine tuberculoasă. Bergmann încearcă timp de o oră și jumătate să extirpe tumora, apoi renunță și bolnavul moare la două ore după aceea.

Cazurile de mai sus sînt foarte instructive, din toate punctele de vedere. Să reținem pentru un moment numai învățămintele care se pot trage privind contribuția laboratorului la eroarea de diagnostic. În primul caz bolnavul a

murit de pe urma evoluției unui cancer, diagnosticat clinic, pe care însă biopsia l-a infirmat. În cel de-al doilea biopsia a precizat diagnosticul de cancer care a fost însă infirmat în cursul operației. Aceste erori se pot explica în două moduri. Mai întâi, biopsia poate să fie marginală și să nu prindă leziunea. Putem presupune că acest lucru s-a întâmplat în primul caz, deoarece Virchow sîntem siguri că și-a dat toată silința ca să pună un diagnostic exact. În al doilea rînd, este de reținut faptul că diagnosticul istologic este legat și el de cunoștințele medicului, de calitățile lui de observator, de judecata lui. Și așa cum se greșește în alte domenii unde se pun probleme de interpretare, se poate greși și aici.

Dar greșeala de laborator, și aici ne referim la biopsie, poate fi considerată în mod diferit după cum ne raportăm la medicul de laborator sau la clinician. Pentru medicul de laborator greșeala este de cele mai multe ori de ordin subiectiv, dar ea poate fi și de cauză obiectivă cînd se oferă spre examinare un fragment de țesut inutilizabil sau un fragment care nu interesează leziunea. Pentru clinician rezultatul de laborator constituie de cele mai multe ori o cauză obiectivă de greșeală. Se face o biopsie extemporanee în cazul unei leziuni suspecte a mamelei și chirurgul practică sau nu amputația sînului după rezultatul examenului istologic. Dacă se spune cancer el practică operația mutilantă, dacă se spune că leziunea este benignă, el își însușește această concluzie și procedează în consecință. Greșeala în acest caz este deci de cauză obiectivă. De asemenea clinicianul pune diagnosticul de diabet bazîndu-se pe rezultatul unui examen de laborator, sau diagnosticul de neoplasm de stomac pe baza unui examen radiologic. Dar și în aceste cazuri diagnosticul apare cu atît mai sigur, cu cît concordanța este mai deplină între clinică și laborator.

Sînt însă multe situații în care datele nu concordă. Clinic, de exemplu, nu există nici un argument pentru diagnosticul de diabet pe care îl sugerează rezultatul examenului de laborator. Efectiv, un examen de control arată o glicemie normală. A accepta într-un asemenea caz diagnosticul de

diabet pe baza unui singur examen la laborator, atunci când semnele clinice lipsesc, constituie o greșeală de cauză subiectivă.

Aceasta înseamnă că între greșelile de cauză obiectivă și de cauză subiectivă nu se poate face întotdeauna o demarcație netă. Obiectul cunoașterii în medicină este boala, dar laturile obiective și subiective ale cunoașterii sînt legate între ele. O cauză obiectivă în unele condiții, poate deveni subiectivă în altele.

Să prezentăm acum cea de-a treia categorie de greșeli legate de modul de gîndire al medicului.

Medicul poate greși diagnosticul prin subiectivism, adică prin reflectarea tendențioasă, neobiectivă a realității. În cazul diagnosticului, realitatea este procesul patologic care poate fi reflectat, fie conștient, fie inconștient, în mod eronat.

În ceea ce privește momentul producerii, greșeala prin subiectivism poate fi întâlnită în toate etapele diagnosticului. Medicul dă dovadă de subiectivism când acordă o importanță prea mare plîngerilor bolnavului, mai ales când acestea reflectă numai senzațiile și percepțiile lui. Subaprecierea datelor de anamneză și de istoric ale bolii constituie de asemenea o dovadă de subiectivism. Aceleași greșeli pot rezulta din încrederea exagerată a medicului în propriile lui simțuri, ca și din subaprecierea constatărilor sale.

În toate aceste cazuri este vorba de evaluarea unor constatări bazate pe simțuri, care pot fi exagerate sau minimalizate. Dar subiectivismul se poate manifesta și atunci când medicul evaluează manifestările obiective ale bolii, când apreciază datele pe care le furnizează laboratorul. În fine, greșelile de diagnostic prin subiectivism se pot produce și din cauza unor idei preconcepute, când se fac analogii superficiale, când se identifică tablouri clinice a căror conținut diferă.

Medicul poate greși diagnosticul și prin gîndire metafizică. Diagnosticalele complexe de astăzi, sînt diagnostice dialectice. Medicul trebuie să vadă în spatele simptomelor interdependența lor, să aprecieze exact legătura dintre cauza și efect, să țină seama de faptul că valoarea aceluiași simptom poate să difere în funcție de momentul evolutiv al bolii. Înșă

medicul nu trebuie să-și concentreze atenția numai asupra unui organ, asupra unei părți a organismului. Chiar și bolile cele mai locale interesează tot organismul. De aceea, nu trebuie să se supraaprecieze un simptom sau un grup de simptome, neglijându-se celelalte manifestări ale bolii, deoarece aceasta înseamnă unilateralitate. „Cine nu știe să gândească medical și judecă fragmentar, acela neagă medicina”, spunea Cehov. În fine, medicul trebuie să caute complicațiile posibile, prezența eventuală a unor boli asociate sau însoțitoare. Procesul patologic nu trebuie deci interpretat nici simplist nici superficial și nici static.

Cea de-a treia categorie de greșeli prin gândire neadecvată o constituie greșelile logice în diagnostic. Numai o gândire clinică justă din punct de vedere logic poate duce la concluzii valabile pentru diagnostic. O boală rară, cu manifestări variate și complexe, mai ales dacă survin complicații care deformează tabloul clinic, nu poate fi diagnosticată fără o gândire care să respecte regulile logice. De aici necesitatea pentru medic de a-și crea deprinderea de a gândi logic.

Toate acestea au fost pe larg discutate la capitolul privind fundamentarea logică a diagnosticului și nu este cazul să le reulăm aici. Cel mult putem sublinia cele mai frecvente cauze de greșeli de ordin logic: folosirea unei terminologii greșite, lipsa de precizie în formulare, greșeli în efectuarea raționamentelor, caracterul lor excesiv de categoric. Chiar dacă datele care constituie premisele sînt exacte, concluziile nu trebuie să fie prea categorice. În fine, raționamentele prin analogie expun, așa cum am văzut, cel mai mult la erori de diagnostic.

În concluzie, cauzele care pot duce la greșeli de diagnostic sînt multiple. Sînt cauze obiective care fac unele greșeli inevitabile dar care le conferă și caracterul de a fi scuzabile. Cele mai multe cauze de greșeli sînt însă subiective, legate de cunoștințele medicului, de experiența lui, de modul său de gândire. Acestea pot fi de cele mai multe ori evitate și, ca atare, nu sînt decît rareori scuzabile. Oricum, trebuie să reținem faptul că un medic este expus permanent greșelilor de diagnostic a căror consecințe pot fi din cele mai grave.

Este oare posibil să se evite în viitor greșelile de diagnostic? Atâta timp cât diagnosticul va fi legat de persoana medicului greșeala rămâne posibilă. Unii medici vor greși mai des decât alții, unii vor face greșeli mai mari, alții mai mici, pentru că întotdeauna vor exista medici mai buni și mai puțin buni. Cât despre reducerea numărului de greșeli aceasta este în funcție de efortul pe care îl face medicul în această direcție.

Eroarea de diagnostic în condițiile practicii medicale de toate zilele rămâne deci posibilă.

Clinicienii din toate timpurile au fost conștienți că sînt expuși greșelii în materie de diagnostic. La sfîrșitul secolului al XIX-lea marele Depuytren spunea, ca o mărturisire de credință: „M-am înșelat și eu, dar m-am înșelat mai puțin decât alții”. La începutul acestui secol un alt mare clinician, Botkin, spunea, așa cum am văzut deja, că ar fi fericit dacă 30% din diagnosticele sale ar fi juste. Această situație a durat pînă în zilele noastre. Chiar și în generația care ne precede, Charles Lenormand, unul dintre cei mai mari diagnosticieni îi mărturisirea lui Sénèque: „Nu mă înșel în diagnosticele mele decât 20% din ele”.

Astăzi procentul greșelilor este mult mai mic, deoarece orice medic are la dispoziție posibilități de laborator pe care nu le avea Lenormand. Dar greșelile continuă să se producă. Este aceasta un motiv ca să devenim sceptici, să renunțăm la diagnostic?

În materie de scepticism este bine cunoscută butada pe care o citează Noël Fiessinger: „Eu nu fac niciodată erori de diagnostic. Pentru aceasta am o metodă infailibilă, nu fac niciodată diagnostice”. Renunțarea la diagnostic poate reprezenta o atitudine de principiu sau o atitudine de necesitate.

La diagnostic renunță din principiu homeopații. Întemeietorul homeopatiei este Hahnemann care susținea că esența bolii nu poate fi cunoscută. El renunță la anatomie, la fiziologie, la anatomie patologică și nu socotește diagnosticul necesar pentru tratament. Prin Hahnemann renunțarea la diag-

nostic sau agnoza, a fost promovată la rangul de sistem. Este vorba aici de o doctrină terapeutică — „*Similia similibus curantur*” — care pierde teren pe zi ce trece sau se limitează la un număr foarte mic de cazuri. În unele țări, cum este țara noastră, homeopatia nu a prins deloc.

Renunțarea de necesitate la diagnostic se întâlnește în două împrejurări: în cazul muribunzilor sau în situațiile unde nu dispunem de timpul necesar pentru clarificarea cazului, datorită urgenței cu care se impune actul terapeutic. Agnoza în aceste situații este uneori justificată. În fața unui bolnav care-și trăiește ultimele clipe diagnosticul nu trebuie forțat decât dacă rămîne o șansă cît de mică pentru ca bolnavul să fie ajutat prin precizarea cauzei bolii. Altfel, ce importanță poate avea, într-un șoc ireversibil, dacă bolnavul prezintă o fractură de coloană vertebrală ori de bazin, sau într-un colaps vascular, dacă bolnavul are o hemoragie de origine ulcerosă sau tumorală. De asemenea, nu trebuie pierdut timp într-un caz de abdomen acut atunci cînd mijloacele clinice nu permit diagnosticul și cînd această precizare nu apare indispensabilă. Astfel, de exemplu, într-o ocluzie intestinală se intervine de urgență chiar dacă nu s-a putut preciza etiologia ei: bridă? volvulus? invaginație? ... Sînt atîtea și atîtea vieți care au fost salvate în situații în care diagnosticul clinic nu a fost posibil.

Renunțarea la diagnostic nu poate fi deci dictată decât de necesitate. În nici un caz nu este admisibil ca ea să fie condiționată de scepticism, de lipsa de încredere a medicului în propriile sale forțe. Dar nici îngîmfarea nu este permisă. Ea este prin excelență generatoare de greșeli dovadă exemplu citat de R. Cruchet: „Un medic al spitalelor pe care l-am cunoscut spunea într-o zi, debordînd de satisfacție, elevilor săi, în legătură cu un diagnostic făcut cu puțin înainte: „Devine obositor să ai întotdeauna dreptate”. Or în ziua aceea, și nu era pentru prima dată, el a trecut complet alături de adevăr, dar starea lui de spirit îl împiedica să-și dea seama”.

De mîndrie a dat dovadă și Delbet, care a părăsit Societatea de chirurgie și nu a mai luat parte ulterior la nici una din ședințe pentru că unul din membrii ei, ceva mai îndrăzneț, și-a permis să pună la îndoială un diagnostic făcut de el.

Asemenea cazuri sînt, desigur, rare. Sînt însă destui medici care, din vanitate, își arogă merite pe care nu le au. Ei sînt prea plini de ei ca să recunoască că au greșit și își însușesc diagnosticele făcute de alții susținînd că ei sînt autori, ori afirmă după o laparatomie sau după confirmarea prin examen de laborator că s-au gîndit la diagnostic cînd, în realitate ei au susținut cu totul altceva.

Lecția greșelilor de diagnostic este însă cu totul alta, este lecția modestiei. Leriche, acest incomparabil șef de școală, ne spunea: „Cînd vă veți fi înșelat de atîtea ori ca mine, veți fi mult mai modești”. Lui, ca și altora de talia sa, i se potrivește cuvintele lui S. Cooper: „Numai chirurgii cu adevărat mari își mărturisesc greșelile și insuccesele”.

Sub acest aspect, eroarea de diagnostic reprezintă o problemă de ordin moral. „Eroarea mărturisită, recunoscută și comentată de pe pozițiile obiectivității științifice, poate deveni în mod indiscutabil un factor de perfectare profesională și de purificare morală” (A. Percek). Unul din cele mai frumoase exemple ni-l oferă Pirogov, care prin severitatea față de el însuși, prin atitudinea critică față de greșelile sale, a impresionat puternic pe cei care l-au cunoscut. Iată ce spune despre el Pavlov: „Primul său act eroic de profesor a fost editarea *Analelor clinice* — o ediție fără precedent. O critică atît de sinceră și de necruțătoare față de el însuși și față de activitatea sa, nu a mai fost întîlnită în literatura medicală. Și, în aceasta constă meritul său enorm! Un medic de care depinde adesea destinul bolnavului și un profesor care își învață elevii are, față de sarcinile care de multe ori îl depășesc, o singură atitudine justă, de a spune numai adevărul”.

Pirogov s-a menținut toată viața pe această poziție cu o consecvență care și astăzi reprezintă o lecție din cele mai impresionante. O spune el însuși. „Eu mi-am impus următoarea regulă: nu voi ascunde niciodată elevilor mei absolut nimic și, dacă nu imediat, cel puțin cît mai repede posibil, le voi vorbi despre erorile mele, fie ele de ordin diagnostic, fie de ordin clinic”. După Pirogov recunoașterea greșelilor este o supremă datorie: „Orice om de știință și, mai ales, un membru al corpului didactic trebuie să resimtă în el însuși un fel de necesitate organică care să-l oblige să-și dezvăluie cît mai

repede posibil greșelile astfel ca, la rîndul lor, cei care sînt mai puțin instruiți să poată să evite de a le comite".

Un alt exemplu de înaltă ținută morală, de respect față de erorile de diagnostic sau de ordin terapeutic, ne este oferit de Iuliu Hațieganu. Acest mare clinician își recunoștea greșelile cu multă sinceritate și cu toată obiectivitatea. Chiar dacă acest prilej i se oferea foarte rar, el căuta întotdeauna să folosească greșelile pentru instrucția elevilor și pentru educația lor morală. Aceasta nu însemnează altceva decît fructificarea greșelii de ordin medical, transformarea ei într-o valoare pozitivă, pe plan formativ și educativ.

Necesitatea recunoașterii greșelilor mai ales pentru a evita ca alții să le comită, a fost recunoscută din toate timpurile. Au menționat-o Hipocrat și Celsus, și mulți alții, dar cele mai frumoase exemple le oferă Pirogov și Hațieganu. Pe plan etic, nerekunoașterea greșelii este uneori mai condamnabilă decît însăși greșeala. J. L. Petit, sînt aproape 200 de ani de atunci, afirmă: „Greșelile nu sînt decît greșeli, cînd ai curajul să le recunoști, dar ele devin crime cînd orgoliul te determină să le ascunzi. „Condamnabile și chiar criminale sînt, după Goia, greșelile datorită lipsei simțului de răspundere: „... dacă greșelile de diagnostic care pot pune în pericol sănătatea și uneori viața bolnavului sînt oricum regretabile, cele săvîrșite de medicul lipsit de simțul răspunderii sînt de-a dreptul condamnable și chiar criminale".

Dacă față de propriile greșeli medicul trebuie să fie necruțător, el trebuie să dea dovadă de mai multă îngăduință față de greșelile altora. „Iartă pe alții adesea, niciodată pe tine însuși", spunea Publilius Syrus.

În această privință se poate observa o schimbare de mentalitate în evoluția unui medic, care se produce pe măsură ce acumulează experiență și înaintează în viață. La începutul activității el este mai expeditiv în materie de diagnostic, de multe ori prea sigur pe el, nu-i place să-și recunoască greșelile și nici nu acordă prea mare încredere celor din jur, iar față de erorile altora este foarte sever. Cu timpul devine mai prudent, își formulează cu mai multă grijă diagnosticele, este mai conștient de posibilitatea greșelii, mai modest și mai îngăduitor față de alții. „Nu trebuie decît să îmbătrînești ca să

devii mai indulgent; eu nu văd să se comită o greșeală pe care să n-o fi comis ei însumi", îi plăcea să spună Goethe. Aici poate fi citat și acad. Th. Burghelle, ca exemplu de modestie a unui cunoscut șef de școală, care acordă toată încrederea colaboratorilor și elevilor săi, în vederea evitării propriilor greșeli: „Pentru a reduce riscurile și erorile, mi-am dat seama că trebuie să se acorde încredere ajutoarelor care ne asistă și fără de care o muncă de calitate nu poate fi întreprinsă. Fiecare dintre noi trebuie să-și amintească, sînt sigur, un sfat bun dat de către unul dintre ei, prin care s-a putut evita o greșeală”.

A fi îngăduitor față de alții înseamnă a formula observațiile critice în așa fel ca ele să fie constructive și să nu jignească. În acest mod se vine în ajutorul aceluia care a greșit, iar greșeala poate fi fructificată. Pelletan, care am văzut că a fost demis din funcția de șef de serviciu în urma unei erori de diagnostic, spunea cu multă amărăciune: „Noi ne instruiem mai mult în arta noastră din greșeli, decît din succese”. Sub acest aspect greșeala este fecundă, dar ea trebuie să fie evidențiată și discutată în spirit critic, numai în dorința de a învăța.

Greșelile de diagnostic trebuie discutate în grupe cît mai mari, în cadrul aceleiași specialități sau în specialități diferite, astfel ca învățămintele să poată fi însușite de cît mai multă lume. Din acest punct de vedere ședințele anatomo-clinice sînt cele mai instructive și ca exemplu se pot da ședințele de verificare ale clinicei Mayo, la care participau toți specialiștii din clinică, oameni de laborator și prosectorul care făcea și funcția de arbitru. Iată ce spune despre aceste ședințe Depage: „Este un lucru remarcabil să vezi acești cîtiva oameni, medici, chirurghi, specialiști, toți dornici de progres, ignorînd sentimentele josnice de gelozie, de orgoliu și falsul amor propriu, întrunindu-se pentru a examina împreună eșecurile lor, pentru a le stabili cauza și a trage toate învățămintele. Se degajează din aceste ședințe o asemenea atmosferă de sinceritate și o dorință de a face mai bine, încît se înțelege că nimeni nu se gîndește să interpreteze greșit afirmațiile anatomo-patologului; spiritul de care este pătrunsă toată lumea. tineri și bătrîni, este dorința de a învăța”.

Aceeași impresie reconfortantă pe plan etic se degajă și din următoarea relatare a lui A. S. Maximovici: „Primul meu învățător, neuitatul G. S. Turner, îmi povestea că la începutul acestui secol a fost sărbătorit un renumit chirurg italian. La această sărbătoare s-a adunat un număr mare de oameni. Papa de la Roma și-a trimis pe unul din cardinalii săi, regele a trimis pe unul din moștenitori. Sărbătorirea a durat două-trei ore. La sfârșit s-a ridicat un om modest, în vîrstă, s-a înclinat profund, a mulțumit și a spus: „eu nu am să vă rămîn dator. Iată cărțile pe care le-am scris eu. În fiecare carte sînt adunate toate insuccesele, toate decesele de care eu, cu voie sau fără voie, m-am făcut vinovat, toate greșelile mele tehnice. Eu vă dăruiesc aceste cărți pentru cinstea cu care m-ați onorat“.

Personal, m-am gîndit mult, dar nu am putut identifica cine a fost acest chirurg despre care vorbește Maximovici. Acest lucru nu are însă importanță. Chiar dacă persoana nu poate fi identificată, rămîne exemplul și acesta este emoționant, exemplul unui mare chirurg, dar și a unui om mare, care simbolizează modestia și altruismul.

Aceasta este lecția greșelii de diagnostic, o lecție a modestiei, a dorinței de a învăța, de a face progrese, de a obține rezultate mai bune. Medicul trebuie să pună totul, pînă și greșeala în slujba vindecării omului suferind.



C. BRANCUȘI: Masa tăcerii

PRÉSENTATION DE L'OUVRAGE

Du sens clinique on a beaucoup parlé et on en parle encore. Mais, pratiquement, on n'a rien écrit là-dessus. On dit d'un médecin qu'il a du sens clinique, d'un autre qu'il n'en a pas. On considère le sens clinique comme un attribut qui est tout aussi nécessaire au médecin qu'est nécessaire à l'artiste le talent. Faute de lui le médecin risque de rester un simple artisan.

Dans l'histoire de la médecine on trouve de nombreux exemples de médecins qui ont impressionné par un sens clinique, apparemment du moins, hors du commun. Autour d'eux on a créé de véritables légendes. Et c'est ainsi que le sens clinique est arrivé à être considéré comme quelque chose de mystérieux, difficile à définir et dans une mesure tout aussi grande à expliquer.

Il est surprenant que ce sujet n'ait pas encore été abordé dans un chapitre indépendant de la pathologie médicale. En médecine on a beaucoup écrit et sur beaucoup de choses, mais sur le sens clinique on ne s'est pas arrêté, bien qu'il s'agisse là d'un problème que tout clinicien puisse traiter en se basant sur sa propre expérience même. Nous considérons qu'il s'agit là d'une attitude de simple réserve vis-à-vis d'une question épineuse, difficile à aborder et à traiter. La perspective d'une œuvre qui s'annonce d'avance comme incomplète ou imparfaite explique ces réserves même là où l'expérience et le sens clinique ne manque nullement.

Mais ces réserves ne se justifient plus lorsqu'on regarde tout ce problème d'un autre point de vue, de celui du méde-

cin qui enseigne. Vis-à-vis des jeunes qui se forment dans nos facultés ou qui ont fait déjà les premiers pas dans le métier, avec les hésitations inhérentes à tout début, nous avons certaines devoirs d'ordre éducatif. Il faut leur donner l'explication des grands succès, comme aussi de certaines des échecs de nos ancêtres et, ce faisant, on peut leur démontrer que le sens clinique n'a rien de surnaturel et que celui qui se consacre à la médecine peut toujours l'acquérir au degré qui lui est nécessaire pour la pratique de tous les jours.

Dans ces conditions l'essai mérite d'être fait car en dépit de ses imperfections il s'annonce utile. D'autre part, le fait que pareille entreprise risque de dissiper l'auréole dont se sont paré certains de nos grands cliniciens ne doit pas nous faire hésiter. Pour nous ils restent tout aussi grands par le sens de leur vie, par leurs exceptionnelles performances, par toute leur oeuvre verbale ou écrite.

Dans cet ouvrage nous avons associé le sens clinique au diagnostic. Nous avons procédé de cette façon dans le désir de rendre immédiatement concrète cette notion. Bien sûr, le sens clinique peut se manifester dans tous les domaines de la pathologie clinique. Mais, la manifestation la plus prégnante se réfère au diagnostic. C'est d'ici que dérivent toutes nos possibilités de prévoir l'évolution, de faire un pronostic juste, d'instituer une thérapeutique correcte. Le meilleur médecin reste, finalement, celui dont les diagnostics sont plus exacts.

Mais, en nous référant au diagnostic, nous avons utilisé le terme d'art. Nous avons voulu souligner par là que tout diagnostic représente un acte de création, lié à la personne de celui qui le réalise. Aujourd'hui, à coup sûr, nos possibilités de faire un diagnostic exact sont plus grandes qu'elles ne l'ont jamais été. L'examen clinique peut être plus poussé car nos connaissances en matière de pathologie sont plus riches qu'autrefois et le laboratoire nous offre une aide dont ne disposaient pas les vieux cliniciens ou ne disposaient pas que dans une mesure bien plus réduite. Malgré cela, même dans les conditions de travail d'aujourd'hui, le diagnostic peut varier d'un médecin à l'autre. Cela s'explique par le fait que

le diagnostic reste une hypothèse, basée sur l'interprétation de certaines données cliniques et de laboratoire et, ici, intervient tout naturellement un élément personnel. Cette composante d'ordre artistique ne disparaîtra que lorsqu'il sera possible d'établir des diagnostics avec certitude. Pour l'instant on ne peut avoir cette certitude ni même avec les machines à diagnostic.

Cependant, dans l'évolution d'un médecin les possibilités de faire un diagnostic exact s'accroissent à mesure qu'il accumule de l'expérience et qu'il acquiert de nouvelles connaissances, autrement dit, à mesure qu'il développe son sens clinique qui reste à la base de la pratique médicale. C'est le but que doit poursuivre à tout moment le médecin.

Dans le présent ouvrage nous ne nous proposons qu'un objectif modeste, celui de venir en aide aux jeunes médecins et de leur insuffler le désir de se perfectionner continuellement.

Enfin, dans ce travail nous utilisons de nombreuses citations et nous faisons de larges incursions dans le domaine de l'histoire de la médecine. Les citations sont comme les figures dans un texte; elles font image, rendent la lecture plus plaisante et lui donnent de la clarté. D'autre part, en citant d'autres auteurs on ne fait que présenter leurs opinions et les faire ainsi participer à la discussion. Quant aux incursions dans le domaine de l'histoire de la médecine nous les considérons comme très utiles car le passé nous permet toujours de mieux comprendre le moment présent. Nos réalisations d'aujourd'hui sont basées sur les réalisations de nos devanciers et celles qui vont venir se profilent sur nos propres productions. Et, s'il nous est agréable de penser que ceux qui vont nous suivre tiendront compte de ce que nous disons et faisons aujourd'hui nous devons également tenir compte de tout ce qui est valable dans la pensée et dans les actions de nos prédécesseurs.

L'utilisations des citations et des exemples étrangers ne doit jamais priver un ouvrage d'un élément personnel. En ce qui nous concerne nous avons essayé de donner une note personnelle à ce travail par la façon de poser les problèmes.

par les exemples provenant de nôtre pratique d'hôpital et, surtout, par une étude inédite sur la structure et les mécanismes logiques de la pensée clinique.

En ce qui concerne la division de l'ouvrage, celui-ci comporte 7 chapitres. Le premier chapitre est consacré à l'étude du sens clinique. En partant d'exemples bien choisis on montre quels sont les éléments de base dans la formation du sens clinique : l'esprit d'observation, les connaissances théoriques et raisonnement. On définit ensuite le sens clinique et l'on montre ce qu'il faut entendre par tacte médical, par bon sens et par intuition en médecine.

Dans le deuxième chapitre on étudie l'esprit d'observation et la méthode d'observation en médecine. On fait une étude historique en montrant comment de l'observation simple, caractéristique de la médecine empirique, sous l'impulsion de Hippocrate, qui a mis la médecine sur des bases scientifiques, a pris naissance une véritable méthode d'observation. On montre ensuite comment s'est constituée la méthode anatomo-clinique et la clinique proprement-dite. On présente ensuite successivement l'apport de la méthode expérimentale, de l'enseignement médical, de l'hôpital et du laboratoire, au développement de la méthode d'observation. Ce chapitre se termine par une étude de synthèse sur ce problème.

Le troisième chapitre est consacré à l'importance de la connaissance en médecine. On y fait une étude de l'empirisme et du dogmatisme en médecine et on insiste sur la nécessité d'une bonne documentation théorique en médecine.

Le quatrième chapitre est un des plus importants de l'ouvrage. On y fait une étude poussée de la structure logique de la pensée clinique et des mécanismes intellectuels de l'élaboration du diagnostic. On commence par faire quelques considérations générales sur le diagnostic du point de vue de la logique. On fait ensuite une étude détaillée sur les notions et leur définition, sur les jugements et leurs caractéristiques et sur les raisonnements dont on se sert en médecine. On montre la position d'infériorité de la médecine vis-à-vis des sciences dites exactes par rapport au développement de la pensée et des conclusions finales qui ont ici un caractère de certitude, ce qui n'est pas le cas pour la médecine. Au cours de cette

étude tous les énoncés sont immédiatement suivis d'exemples appartenant à la médecine, pour faciliter la compréhension des choses. Le chapitre se termine par des considérations sur le mécanisme proprement dit de l'élaboration du diagnostic, sur les étapes de cette élaboration et sur l'inférence logique du mécanisme de la pensée : induction, déduction, analogie. Là aussi on présente des exemples détaillés pris dans la pratique médicale de tous les jours.

Le cinquième chapitre se réfère aux règles d'ordre pratiques du diagnostic clinique qui sont énoncées, discutées et suivies de nombreux exemples. Dans ce chapitre on traite également des idées préconçues en médecine, du doute et du scepticisme.

Le sixième chapitre traite de l'élaboration du diagnostic clinique à l'aide des machines. On montre quel est le stade actuel de ce problème et quelles sont les perspectives de la pénétration de l'informatique en médecine.

Dans le septième et dernier chapitre on traite des erreurs de diagnostic et de leur signification. C'est un important chapitre où l'on discute des modalités dont on peut user pour préciser le diagnostic, on présente les différentes classifications des erreurs et on fait une analyse détaillée de leurs causes. Les exemples cités appartiennent pour la plupart aux grands cliniciens et à l'époque romantique de la médecine. L'objectif poursuivi est d'ordre pratique, mais on ne néglige pas les aspects d'ordre logique et philosophiques du problème. Ce chapitre se termine par des considérations sur la signification et sur l'aspect moral des erreurs de diagnostic.

Tel est le plan de l'ouvrage et son contenu. Le but que nous avons poursuivi est, nous le repetons celui d'être utiles aux jeunes, étudiants et médecins. C'est ce qui nous paraît important à souligner.

CUPRINS

Prefață	5
Introducere	7
Cap. I.	
Ce este simțul clinic?	12
Cap. II.	
Spiritul de observație și metoda observației în medicină	28
Cap. III.	
Importanța cunoașterii în medicină	56
Cap. IV.	
Baza logică a diagnosticului	68
Cap. V.	
Regulile practice ale diagnosticului clinic	128
Cap. VI	
Elaborarea diagnosticului clinic cu ajutorul mașinilor	152
Cap. VII.	
Erorile de diagnostic și semnificația lor	170
Présentation de l'ouvrage	197

Cartea de față dezbată metodic toate problemele pe care le reclamă elaborarea diagnosticului în medicină. Experiența personală de clinician a autorului, personalitate bine cunoscută în lumea științifică medicală este folosită larg în ilustrarea situațiilor analizate. Spiritul pedagogic și familiaritatea cu normele logicii îi îngăduie profesorului Pius Brinzeu, membru al Academiei de științe medicale, să sesizeze aspecte inedite, să facă numeroase generalizări teoretice valabile și să contureze soluții preventive pentru evitarea erorilor.

Cartea beneficiază de un stil fluent și limpede, se citește cu mult interes, faptele analizate conduc totdeauna la concluzii de un cert caracter formativ. Suntem convinși că „Simțurile clinice și arta diagnosticului” va deveni un instrument prețios în pregătirea cadrelor medicale și în același timp în lărgirea orizontului lor profesional.

Lei 18.50



facila